

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA



TESIS DOCTORAL

**Análisis retrospectivo de un protocolo
asistencial cognitivo-conductual contextual
grupal breve en adolescentes atendidos en un
centro de salud mental público.**

DIEGO PADILLA TORRES

Madrid, 2013



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

TESIS DOCTORAL

**Análisis retrospectivo de un protocolo
asistencial cognitivo-conductual contextual
grupal breve en adolescentes atendidos en un
centro de salud mental público.**

DOCTORANDO:
DIEGO PADILLA TORRES

DIRECTORES
DR. JOSE LUIS AYUSO
MATEOS

DR. MIGUEL ÁNGEL
JIMÉMEZ-ARRIERO

MADRID, 2013

A Macarena, Mateo e Itziar.

“A los mayores les gustan las cifras. Cuando se les habla de un nuevo amigo, jamás preguntan sobre lo esencial del mismo. Nunca se les ocurre preguntar: “¿Qué tono tiene su voz? ¿Qué juegos prefiere? ¿Le gusta coleccionar mariposas?” Pero en cambio preguntan: “¿Qué edad tiene? ¿Cuántos hermanos? ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto gana su padre?” Solamente con estos detalles creen conocerle.”

El Principito. Antoine de Saint-Exupéry

“La vida es la suma de todas sus elecciones”. Albert Camus

Agradecimientos

Es difícil agradecer en unas pocas líneas todas aquellas personas que han tenido que ver el proceso de germinación, desarrollo y construcción de este trabajo de investigación. En primer lugar quiero agradecer la participación a todos los adolescentes, padres, familias y demás responsables que han formado parte de este camino. A todos los adolescentes del estudio y de la consulta a los que sigo aplicando el tratamiento, que me permiten día a día ser mejor clínico y persona.

De la misma manera quiero agradecer al Área de Gestión Clínica y Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre, su labor a la hora de promocionar y favorecer la investigación clínica.

En la elaboración del trabajo, revisión, y empuje merecen mención especial el Dr. Ayuso Mateos y el Dr. Jiménez-Arriero, que han mimado y apoyado este estudio. Especialmente sus revisiones, comentarios y visión que me han permitido crecer profesionalmente. Gracias especialmente por abrirme puertas a nivel clínico e intelectual.

Quiero agradecer también a mis compañeros del Centro de Salud Mental de Guayaba, su inestimable ayuda y apoyo. En primer lugar al Dr. Diez, por facilitar el camino, su ánimo y comprensión. A la Dra. Martínez Martín por estar en el camino conmigo. Al resto de compañeros psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras y trabajadora social por animarme. Y por último a Dori, Yolanda, Fátima y Laura, que me han ayudado a estructurar la agenda.

Mi agradecimiento a Charo Villegas, por su ayuda en la redacción, revisión, crítica y apoyo. En especial agradezco su cariño y su apoyo ante los momentos de atasco.

El resultado del estudio también se lo debo a todos aquellos maestros que me han ido enseñando el arte de la psicoterapia desde Jaén, Granada, Sevilla, Barcelona, Madrid y Baltimore.

El esfuerzo, creatividad, paciencia y tiempo no hubiera sido posible sin ti, Itziar. Tus palabras y tu forma de ser, han hecho posible seguir este sueño. Gracias también a mis padres y hermanos, que también han sido una fuente de apoyo.

Y por último quiero agradecer a todos los obstáculos que se han presentado, que me han enseñado a persistir y levantarme, enseñándome que tanto la crueldad como la belleza

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Parte I. Introducción General	1
Capítulo 1.....	8
1.-Compresión de los trastornos psicológicos infantiles y procesos implicados en el origen y mantenimiento.	8
1.1.-Introducción	8
1.2.- Circunstancias sociales actuales asociados a los problemas psicológicos infanto-juveniles.....	8
1.3.-. Implicaciones y estimaciones estadísticas de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia.....	13
1.4. Atención especializada en salud mental infanto-juvenil.	18
1.5 Resumen.	25
Capítulo 2.....	27
2.-Abordajes conceptuales en los problemas de la infancia y adolescencia.	27
2.1. Introducción.....	27
2.2.- Enfoques terapéuticos explicativos	28
2.2.1.- Enfoque terapéutico conductual	28
2.2.2.- Limitaciones en la aproximación conductual de evaluación y tratamiento.	33
2.2.3. Abordaje terapéutico cognitivo conductual	34
2.2.4. Limitaciones de la aproximación terapéutica cognitivo conductual.....	40
2.3. Resumen.	43
Capítulo 3.....	45
3.-Terapias Cognitivo-Conductual Contextuales.....	45
3.1.-Introducción.	45
3.2.- Terapias Cognitivo-Conductual Contextuales.	45
3.3.- Inflexibilidad psicológica.....	51
3.4.- Promoción de la aceptación, mindfulness, valores y acción: un camino hacia la flexibilidad psicológica.	54
3.4.1.- ACT, principios y evidencia empírica en infanto-juvenil.	57
3.4.2.- FAP, principios y evidencia empírica en infanto-juvenil.....	66
3.4.3.- Limitaciones de los estudios de ACT y FAP	69
3.5.- Resumen.....	70
Parte II. Estudio descriptivo retrospectivo	71
Capítulo 4.....	73
4.- Objetivos, hipótesis, participantes y método.	73
4.1.- Introducción.	73
4.2.- Objetivos de la investigación.....	73
4.3.- Hipótesis de investigación.	74
4.4.- Características del estudio.....	75
4.4.1.- Tipo de estudio.	75
4.4.2.- Diseño de investigación.....	75
4.4.3.- Ámbito y periodo de estudio.	75
4.4.4. Lugar.....	76
4.5.- Participantes	76
4.6.- Variables clínicas.	77
4.7.- Materiales.....	81
4.8.- Controles metodológicos.....	85

4.9.- Resumen.....	87
Capítulo 5.....	89
5.- Protocolo asistencial de evaluación y tratamiento.....	89
5.1.- Introducción.....	89
5.2. Protocolo asistencial de derivación, evaluación y tratamiento.....	89
5.2.1. Derivación y obtención de la muestra.....	91
5.2.2. Protocolo de evaluación.....	92
5.2.3. Protocolo asistencial de tratamiento	98
5.3. Resumen.....	115
Capítulo 6.....	117
6.- Resultados.....	117
6.1.- Introducción.....	117
6.2.- Establecimiento de la muestra.....	118
6.3.- Variables principales.....	123
6.4.- Variables adicionales.....	129
6.5.- Análisis de significación clínica.....	134
6.6.- Análisis de las altas terapéuticas.....	144
6.7. Asociaciones entre las medidas.....	146
6.8. Análisis de la fiabilidad del protocolo.....	149
6. 9. Resumen.....	149
Capítulo 7.....	153
7.- Discusión, limitaciones e implicaciones clínicas.....	153
7. 1.- Introducción.....	153
7.2. Discusión	153
7.3. Limitaciones	160
7.4. Implicaciones clínicas futuras.....	163
7.5.- Resumen.....	168
Capítulo 8.....	169
8.- Conclusiones.....	169
8.1.- Mejora en el funcionamiento global.....	169
8.2.- Diferencias entre el momento pre-post en el grupo de intervención.....	169
8.3.- Estabilidad en el tiempo de los efectos conseguidos en el grupo de Aceptación.....	169
Referencias bibliográficas	171
Anexo	199

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes en algunos países (OMS, 2005).....	13
Tabla 2. Técnicas basadas en la Modificación de conducta.....	31
Tabla 3. Tratamientos conductuales eficaces.....	32
Tabla 4. Operaciones conductuales que integran los tratamientos	32
Tabla 5. Operaciones cognitivas	37
Tabla 6. Técnicas para el entrenamiento de habilidades sociales	38
Tabla 7. Tratamientos cognitivos-conductuales eficaces en infantil	38
Tabla 8. Desglose de estrategias terapéuticas de tratamientos cognitivo-conductuales eficaces en infancia y adolescencia.	39
Tabla 9. Ejemplos de tratamientos cognitivo-conductuales recomendados por la Asociación de Psicólogos Americanos para niños y adolescentes.	41
Tabla 10. Aproximación a los problemas psicológicos desde diferentes aproximaciones.	43
Tabla 11. Resumen de los principios del modelo cognitivo-conductual y el modelo cognitivo conductual contextual.	50
Tabla 12. Procesos de inflexibilidad psicológica y procesos alternativos de flexibilidad psicológica saludables y terapéuticos.....	55
Tabla 13. Principales correlaciones entre inflexibilidad psicológica y otros constructos en población infato-juvenil.....	60
Tabla 14. Correlaciones entre inflexibilidad psicológica en los padres y otros constructos.	61
Tabla 15. Resumen de estudios clínicos y de salud de ACT en niños y adolescentes.	65
Tabla 16. Resumen de criterios de inclusión y exclusión	76
Tabla 17. Resumen de variables proceso, conductas clínicamente relevantes y variables resultado. Instrumentos, puntuación y criterios de cambio clínico. ..	81
Tabla 18. Esquema de procedimiento.	91
Tabla 19. Resumen del protocolo de evaluación.	95
Tabla 20. Resumen de objetivos, componentes e interacciones clínicas de sesión individual.	101
Tabla 21. Resumen de objetivos, componentes e interacciones clínicas de 1ª sesión grupal.	103
Tabla 22. Resumen de objetivos, componentes e interacciones clínicas de 2ª sesión grupal.	106
Tabla 23. Resumen de objetivos, componentes e interacciones clínicas de 3ª sesión grupal.	109
Tabla 24. Resumen de objetivos, componentes e interacciones clínicas de 4ª sesión grupal.	112
Tabla 25. Características de inclusión en el Grupo Aceptación.....	120
Tabla 26. Características de inclusión en el grupo LE.....	121
Tabla 27. Tabla resumen de las características grupo Aceptacion yLE.....	122
Tabla 28. Estadísticos de contraste para las principales variables en participantes lista de espera que pasan al grupo de Aceptación.	123
Tabla 29. Tabla resumen de cambios clínicos por participante.	134
Tabla 30. Tabla resumen de cambios clínicos en variables principales en grupo Aceptación a través de los seguimientos.	137

Tabla 31. Tabla resumen de cambios clínicos en evitación experiencial en grupo Aceptación a través de los seguimientos.....	139
Tabla 32. Tabla resumen de cambios clínicos en variables principales en grupo Aceptación a través de los seguimientos.....	141
Tabla 33. Resumen de cambios clínicos teniendo en cuenta la estabilidad del cambio en dos momentos de medida consecutivos.	143
Tabla 34. Resumen de criterios de alta terapéutica.	144
Tabla 35. Correlaciones entre variables principales y adicionales.....	147
Tabla 36. Valores β y efectos significativos en análisis de regresión lineal.....	148
Tabla 37. Índice de Kappa para fiabilidad de observadores.....	149
Tabla 38. Resumen de efectos estadísticos y clínicos a nivel pre-post* en ambos grupos.....	150
Tabla 39. Resumen de efectos estadísticos y clínicos en seguimientos con grupo Aceptación.	151

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1. Promedio en Ansiedad rasgo.	125
Grafico 2. Promedio en Ansiedad rasgo en grupo Aceptación en seguimientos.	126
Grafico 3. Promedio en Ansiedad estado.	127
Grafico 4. Promedio en Ansiedad estado en grupo Aceptación en seguimientos.	127
Grafico 5. Promedio en Dígitos.	128
Grafico 6. Promedio en rendimiento académico informado.	129
Grafico 7. Promedio en inflexibilidad psicológica.	130
Grafico 8. Promedio en inflexibilidad psicológica en grupo Aceptación en seguimientos.	130
Grafico 9. Promedio de áreas funcionales afectadas.	131
Grafico 10. Promedio en malestar familiar.	132
Grafico 11. Promedio en mando en malestar.	132
Grafico 12. Promedio en comportamientos clínicos relevantes en grupo Aceptación.	133
Grafico 13. Proporción de cambio clínico en variables principales y adicionales.	135
Grafico 14. Número de cambios en variables por participante.	136
Grafico 15. Proporción de cambio clínico en variables principales en Aceptación a través de los seguimientos.	138
Grafico 16. Proporción de cambio clínico en evitación experiencial en Aceptación a través de los seguimientos.	140
Grafico 17. Proporción de cambio clínico en variables adicionales en Aceptación a través de los seguimientos.	142
Grafico 18. Participantes con alta terapéutica a los seis meses.	145

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Resumen de obtención de muestra y conformación de los grupos.	119
Ilustración 2. Valores β del análisis mediacional. La ansiedad rasgo media el efecto entre el rendimiento y la evitación experiencial al post de la intervención.	148

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Guía de evaluación y aplicación del protocolo.....	199
Anexo 2. Entrevista semiestructurada de evaluación categorial	202
Anexo 3. Entrevista semiestructurada de Inflexibilidad Psicológica.	208
Anexo 4. Child Behavior Check-list	212
Anexo 5. Youth Self Report	220
Anexo 6. STAIC (Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños)	228
Anexo 7. STAI (Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado, Spielberger y cols., 1982)	230
Anexo 8AFQ-Y	232
Anexo 9. Prueba de dígitos.....	234
Anexo 10. Registros de mando en malestar	235
Anexo 11. Registro de conductas clínicamente relevantes en adolescentes.	236
Anexo 12. Registro del comportamiento del terapeuta.	237
Anexo 13. Consentimiento informado de grabación de audio y video.	238
Anexo 14. Ejercicios de tensión y malestar.	239
Anexo 15. Criterios de derivación a salud mental de la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.	240
Anexo 16. Puntuaciones en las diferentes variables en grupo Aceptación.	241
Anexo 17. Puntuaciones en las diferentes variables en grupo LE.....	242
Anexo 18. Puntuaciones en grupo Aceptación en seguimientos en variables principales.	243
Anexo 19. Puntuaciones en grupo Aceptación en seguimientos en variables adicionales.....	244
Anexo 20. Análisis estadísticos de comparaciones de medias entre-grupos.....	245
Anexo 21. Análisis estadísticos de comparaciones de medias intragrupos.....	246
Anexo 22. Análisis estadísticos de los seguimientos en el grupo de Aceptación en variables principales y adicionales.....	247

Parte I. Introducción General

El contexto dónde se lleva la investigación es sobre los trastornos psicológicos de adolescentes en un centro de salud mental. Este estudio pretende valorar el impacto de la aplicación de un tratamiento psicológico protocolizado grupal breve en los servicios de salud mental público. Mediante un análisis retrospectivo de variables clínicas incluidas en las historias clínicas va a permitir determinar la fiabilidad y validez de la utilización de tratamientos psicológicos en población adolescente derivada a servicios de salud mental. Los objetivos secundarios están centrados en entender la generalización de la aplicación de estos trastornos a población más graves en comparación con otros tratamientos psiquiátricos y determinar la viabilidad de ensayos controlados en esta población.

El principal objetivo de este estudio es realizar un análisis retrospectivo de variables clínicas en adolescentes sobre los que se ha aplicado un protocolo asistencial de intervención psicoterapéutico basada en la terapia cognitivo-conductual contextual. De los adolescentes examinadas, sólo 34 de ellos han podido ser evaluados sus datos clínicos completos en un periodo de un año de estudio. Los datos que se han analizado han tenido en cuenta dos grupos, en función del momento temporal de aplicación del tratamiento, un grupo al que se aplica de forma inmediata el tratamiento y otro grupo que permanecen en lista de espera, hasta que pueden entrar en el grupo de terapia. El análisis retrospectivo, solo se ha llevado a cabo para aquellos adolescentes en el que la indicación clínica es psicoterapia utilizándose la modalidad grupal.

El objetivo primario está relacionado con la necesidad de comprobar la eficacia de la práctica clínica en un centro de salud mental infanto-juvenil, en relación a la aplicación de tratamientos psicológicos protocolizados a nivel grupal, con el fin de arrojar datos que ayuden a establecer las intervenciones más eficaces y con menos costes. El estudio persigue el análisis y exploración de la eficacia de la intervención en un contexto sanitario público de un protocolo asistencial grupal basado en teorías cognitivo-conductuales contextuales. Debido a que en otros contextos ha sido ampliamente aceptado que dicha intervención es eficaz, nos planteamos analizar si en nuestro contexto sanitario también es eficaz.

El protocolo asistencial suma los últimos avances de la aproximación

cognitiva-conductual, que tienen que ver con estrategias basadas en mindfulness y aceptación. Su novedad radica, entre otras, en considerar al ser humano como responsable de sus actos y de la dificultad de controlar sus pensamientos y emociones. La intervención analizada, surge de esta semilla, por lo que las intervenciones están centradas en desarrollar habilidades de aceptación y desapego de las emociones, que interfieren con aspectos importantes de la vida. El análisis está centrado en el impacto que tiene la promoción de habilidades de mindfulness y aceptación emocional.

El protocolo asistencial está basado en estrategias clínicas conductuales, recogidas en los tratamientos eficaces recomendados para población infanto-juvenil. Se incluyen estrategias basadas en mindfulness y aceptación, a dichos programas con el fin corroborar lo encontrado en la literatura al respecto, sobre la potenciación de los tratamientos usuales, al añadir estrategias de mindfulness y aceptación.

La intervención es la que usualmente se lleva a cabo en un centro de salud mental de la Comunidad de Madrid, así como las herramientas de evaluación. Las estrategias clínicas de aceptación y mindfulness están recogidas principalmente de las terapias cognitivo-conductuales contextuales: la Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante ACT) potenciada por los principios de la Psicoterapia Analítico Funcional (en adelante, PAF), una intervención basada en mindfulness y aceptación, que se ha denominado aceptación.

Todos aquellos pacientes que son derivados al Centro de Salud Mental en los que se evalúa la necesidad de aplicación de un tratamiento psicoterapéutico y que no cumplen criterios para trastorno mental grave, se aplica el protocolo de evaluación y asistencial, que consiste en de dos a tres sesiones de evaluación, una sesión de psicoterapia individual y cuatro sesiones psicoterapéuticas grupales. De los 90 adolescentes derivados a un CSM, sólo se pueden analizar los datos de 34 pacientes debido a la falta de adherencia de los pacientes al CSM. Sobre éstos, se han configurado dos grupos, aquellos que entran en el grupo de tratamiento de forma inmediata, de Aceptación (n=19), frente al grupo que tienen que esperar al menos cinco semanas (n=15) para entrar de nuevo al grupo, grupo lista de Espera (LE). Todos aquellos pacientes que en las primeras entrevistas se estima la necesidad de un

mayor número de sesiones, no son analizados, como aquellos pacientes que están en lista de espera y superan más de cinco semanas de espera. Se llevan a cabo análisis al inicio de la intervención, al finalizar al mes, tres meses y seis meses. Los pacientes de ambos grupos presentan características clínicas equivalentes, siendo sólo diferente en el momento en el que se aplica el tratamiento. El tratamiento es transversal, descriptivo y no genera ningún problema a nivel clínico, ya que los pacientes derivados al centro de salud mental tienen las mismas oportunidades de tratamiento.

En relación a los análisis llevados a cabo, sobre adherencia al protocolo, existe una proporción de vinculación a las entrevistas en Salud Mental, a las segundas entrevistas o proceso de seguimiento. Se observa en los análisis, que tanto los adolescentes que reciben el tratamiento de forma inmediata como en lista de espera, existe una proporción equivalente de falta de asistencias a las terapias. En el grupo de Aceptación, son 4 los que empiezan y no siguen más allá de la primera sesión de terapia grupal, y en LE, son tres los que tras las entrevistas diagnósticas y funcionales, no vuelven tras la espera de 5 semanas.

En el análisis de las diferentes variables clínicas examinadas, se observa que en la variable principal al acabar el tratamiento (post-intervención) se observa una reducción significativa de la ansiedad rasgo en el grupo de Aceptación ($t_{16}=3,05$ $p<0,00$) frente al cambio inexistente en el grupo LE ($t_{12}=0,18$ $p=0,85$).

Este cambio significativo viene corroborado por los cambios dados en otras variables de interés que se dan en el grupo Aceptación, pero no en el grupo LE. Se encuentran reducciones significativas en inflexibilidad psicológica ($t_{18}=2,90$ $p<0,05$), reducción de áreas funcionales afectadas ($t_{18}=6,27$ $p<0,05$), malestar familiar ($t_{16}=6,11$ $p<0,05$) y un aumento en el rendimiento en la tarea de dígitos que evalúa concentración ($t_{14}=-3,13$ $p<0,05$).

Tras la aplicación del protocolo asistencial, se corrobora a través de los análisis de los seguimientos que el efecto se mantiene en ansiedad rasgo ($F_{1,97;15}=7,24$ $p<0,05$) e inflexibilidad psicológica ($F_{3,18}=5,00$ $p<0,05$), así como de otras variables de interés medidas en los seguimientos.

A los seis meses, comparando los participantes de ambas condiciones se

observa que existe una mejora, aunque leve, en el rendimiento académico en el grupo de Aceptación ($t_{11}=-3,30$ $p<0,05$). Por tanto, los participantes del grupo Aceptación adquieren o mejoran en habilidades que tienen que ver con un mayor autocontrol y más habilidad para contextualizar el malestar, evaluado a través de variables recogidas a lo largo del proceso terapéutico.

En el grupo Aceptación, y a través de los análisis de comportamientos clínicamente relevantes presentes en las diferentes sesiones, se revela, que los adolescentes en sesión llevan a cabo más verbalizaciones sobre valores y acciones importantes ($F_{4,20}=19,39$ $p<0,00$) y se reducen los comportamientos verbales referidos a control emocional ($F_{4,20}=16,10$ $p<0,00$).

A los seis meses, y con una media de 5 sesiones de terapia, se obtiene que el 42% (8 de 19) adolescentes de la condición de tratamiento son dados de alta frente al 0% de la condición de LE.

Se utiliza una desviación típica como unidad que puede valorar un cambio clínicamente significativo en los análisis retrospectivos. Los cambios observados en las medidas anteriores son corroborados por los cambios clínicamente significativos encontrados en el grupo de Aceptación, donde el 17% de los participantes reducen en ansiedad rasgo por debajo del criterio de cambio clínico frente el 0% del grupo de LE. En ansiedad estado existe una proporción de cambio clínico del 28% en el grupo Aceptación, frente el 2% de LE. En dígitos un 18% frente a un 8% del grupo de LE. En la variable de rendimiento académico existe un 13% de cambio clínico en el grupo Aceptación frente al 0% de cambio clínico en el grupo control. Para variables adicionales, en inflexibilidad psicológica al finalizar la intervención existe un 42% de cambio clínico en el grupo Aceptación frente al 0% en LE, en áreas funcionales afectadas existe un 74% de cambio, y en malestar familiar un 29% de proporción de cambio frente al 0% para el grupo de lista de espera.

Este estudio también arroja resultados con relación a la equivalencia entre las diferentes medidas utilizadas. Al comprobar la relación entre las diferentes variables se observa que al finalizar la intervención, existe una relación entre ansiedad rasgo e inflexibilidad psicológica ($r=0,359$ $p < 0,05$), ansiedad rasgo y áreas afectadas

($r=0,360$ $p < 0,05$) inflexibilidad y áreas afectadas ($r=-0,59$ $p < 0,01$), inflexibilidad y rendimiento académico ($r=-0,458$ $p < 0,05$).

Además se obtiene, en análisis de regresión, una reducción de la evitación tras cinco sesiones, lo que tienen un impacto en la reducción de la ansiedad rasgo a los tres meses de finalizar la intervención, que afecta de forma positiva en el rendimiento académico. Es decir, la reducción en inflexibilidad psicológica está relacionada con la reducción de la ansiedad rasgo a los tres meses, que influye en el rendimiento académico de los adolescentes.

Por tanto, el análisis retrospectivo señalan que el protocolo asistencial cognitivo-conductual contextual, denominado Aceptación, provoca cambios efectivos. Los cambios se dan, en los principales procesos psicopatológicos hallados en la literatura (ansiedad rasgo, evitación emocional) así mismo, producen cambios en comportamientos relacionados con la vida del adolescente, es decir, aumenta la concentración, rendimiento académico, funcionalidad en diferentes áreas de su vida y reduce el malestar en la familia. Tras el tratamiento, se comprueba que los adolescentes son más capaces de llevar su vida de una forma más responsable y autónoma, aumentando el conocimiento de sí mismos y su autocontrol.

Todo este contenido se presenta en esta Tesis en 7 capítulos. Antes de iniciar el análisis retrospectivo, en la PARTE I se realizará una revisión general de la situación actual del problema de la salud mental infanto-juvenil y las explicaciones teóricas que cuentan con más evidencia empírica dentro de los tratamientos psicológicos. Para ello en el capítulo 1 se va a realizar un acercamiento teórico al problema de la salud mental infanto-juvenil y los factores que están relacionados con su aparición y mantenimiento. Se va a reflexionar sobre diferentes circunstancias sociales que propician la aparición de un aumento en el diagnóstico psiquiátrico-psicológico en niños y adolescentes, así como se revisarán el tipo de trastornos más frecuente, para por último profundizar en el modo en que desde la sanidad pública se abordan dicha problemática. En el capítulo 2 se revisarán los modelos terapéuticos que cuentan con más evidencia a la hora de abordar los problemas psicológicos infanto-juveniles, analizando las estrategias de las que se componen y las limitaciones que plantean dichas aproximaciones terapéuticas. En el capítulo 3 se

presentan la aproximación cognitivo-conductual contextual de comprensión de los problemas psicológicos, dónde se expondrá la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítico Funcional, tratamientos basados en mindfulness y aceptación, como alternativa terapéuticas asistenciales que ha que supera las limitaciones de la aproximación conductual y cognitivo-conductual. En este capítulo se expondrá tanto a nivel teórico como empírico, datos de estudios de casos, datos correlacionales y estudios clínicos controlados que orientan sobre su utilidad para el abordaje de trastornos psicológicos infanto-juveniles.

En la PARTE II del estudio se desarrolla el trabajo de análisis de datos basados en la revisión de historias clínicas, dirigido a evaluar la eficacia de la aplicación de un protocolo grupal breve de terapia basada en Mindfulness y Aceptación. En el capítulo 4 se expondrán los principales objetivos que persigue el estudio, así como el método y diseño del estudio. El procedimiento y la forma en que se ha implementado el estudio se explicará en el capítulo 5, la presentación de datos en el capítulo 6, discusión y limitaciones en el capítulo capítulo 7, y por último las

Capítulo 1.

1.-Compresión de los trastornos psicológicos infantiles y procesos implicados en el origen y mantenimiento.

1.1.-Introducción

Este estudio se contextualiza dentro de una visión de la formación de los trastornos mentales factorial. La aparición y mantenimiento de los trastornos mentales están entendida desde diferentes variables, biológicas y psicosociales. Debido a la raíz de la que surgen las explicaciones psicológicas de los trastornos mentales, el interés en este estudio está focalizado en las variables psicosociales sobre las que surgen los trastornos, por lo que nos centramos en ellas.

En este capítulo se van tratar algunos factores relacionados con la construcción social de los trastornos mentales infanto-juveniles y cómo estos van en aumento en las últimas décadas. Para dicho fin, en primer lugar se hace una revisión y reflexión de la literatura relacionada con los factores implicados en la aparición de los trastornos mentales. En segundo lugar se revisa la forma en que la comunidad científica y clínica da nombre a los trastornos mentales, a través de sistemas categoriales que provocan, quizás una elevación de la incidencia de los problemas psicológicos. Por último se reflexiona sobre ciertas prácticas de los servicios de atención especializada en la sanidad pública, como parte de la construcción y posiblemente cronificación de los trastornos mentales infanto-juveniles.

Es necesario hacer esta revisión para resituar la aplicación de los tratamientos y entender muchas de las estrategias clínicas que más tarde se expondrán.

1.2.- Circunstancias sociales actuales asociados a los problemas psicológicos infanto-juveniles.

Es difícil con una sola respuesta solventar la pregunta de qué es lo que determina que un comportamiento problemático se convierta en un trastorno mental. No cabe duda de que son varios los factores que inciden en que un determinado

comportamiento se conciba como tal.

Debido a que en apartados posteriores nos vamos a centrar en los factores que tienen que ver con los métodos y las instituciones encargados de discriminar lo normal de lo patológico, vamos a revisar en esta sección aquellos factores sociales y circunstancias actuales, relacionadas con el contexto más cercano del niño, que influye para que un determinado comportamiento se convierta en un problema psicológico.

Las creencias sobre lo que es anormal o normal, están diseminadas por toda la comunidad, así las ideas que tengan los padres sobre el comportamiento del niño va a influir de forma decisiva sobre que dicho comportamiento se considere un trastorno mental. Bajo mi opinión y la de otros expertos en la materia, la situación emocional de los padres, las características socioeconómicas de la familia y sus estilos educativos son determinantes para interpretar una conducta como un trastorno psicológico.

Al llevar a cabo análisis detallados sobre este aspecto, se ha visto que los problemas conductuales que presentan los jóvenes y que llevan a los padres a consultar, tienen que ver con la propia situación de los padres. La desaparición de la familia extendida, el cambio en las estructuras familiares, el aumento de divorcios y separaciones, el aumento de las horas de trabajo de los padres, y en consecuencia, la disminución del tiempo que los padres pasan con sus hijos, la pobreza, la familia monoparental, inmigración, uso de drogas por parte de los padres, maltrato y abuso sexual, son factores del contexto familiar asociados a los problemas conductuales del niño que acuden a consultas de salud mental (National Commission on Children, 1991, Wekerle y Wolfe, 1996; Covas, 2004, Timmi, 2011). Además, la presencia de problemas en los padres, puede aumentar la saliencia de posibles problemas en los hijos, o servir de modelo para el desarrollo de problemas psicológicos. El modo en que los padres afrontan dificultades, la forma en que manejan sus emociones o problemas psicológicos, está relacionado con la presencia de problemas mentales en los hijos (Cheron y cols. 2009; Burt y cols., 2003; Rosembaum y cols.1992; Sanz y cols, 2002).

A su vez, las pautas educativas de los padres están sufriendo un continuo cuestionamiento por parte de las instituciones sociales que aconsejan que es lo adecuado, inadecuado, normal, anormal, que es lo que hay que hacer y qué es lo que no se puede permitir. La familia extensa que antes cubría funciones de cuidado y educación, se ha sustituido “por libros” que mercantilizan con prácticas eficaces, y que cuestionan las practicas que los padres llevan a cabo, por lo que ante cualquier duda se incrementa la tendencia a acudir al profesional, solicitando consejo y orientación del mismo modo que antes se acudía a las familias (Hendrick, 1997). En consonancia, el criterio de los padres a la hora de comprender el comportamiento de su hijo y de categorizarlo como normal o patológico, va a estar también influido por la fuente de la que reciben dicho criterio (profesional, libro, noticia en la televisión..).

Otro de los factores, que bajo mi punto de vista, incide en la transformación de un comportamiento en trastorno, es la visión que el contexto educativo tiene de la conducta del niño. Cuando el comportamiento del niño es complicado, difícil, o requiere más atención que el resto de sus compañeros, los profesores aconsejan a los padres realizar una valoración psicológica del niño por los servicios de salud mental. Animando a los padres a consultar, y preguntar por los tratamientos farmacológicos o psicológicos que han tenido gran éxito con otros niños “similares” a su hijo.

La familia y el colegio, contextos ambos cercanos al niño, inmersos en un sistema social que señala lo que se considera normal y anormal, actúan como los primeros jueces que fijan que determinados problemas que puedan ser considerados trastornos psicológicos o psiquiátricos. Con una determinada característica, los niños son derivados por el orientador del colegio, o se consulta en los servicios de atención primaria con el fin de poder eliminar la característica que es exagerada o bien incrementar la que es escasa en el niño o adolescente.

Junto a esta valoración que hace el contexto más cercano del chico –niño que se mueve mucho y que es negativo para mí, para él, para sus compañeros- se añade la atribución, o razón de por qué sucede dicho comportamiento. Razones biológicas, de déficits neuroquímicos, alteraciones cerebrales, rasgos de personalidad...dada la tendencia de la sociedad de atribuir las causas del comportamiento a factores

orgánicos, ocultos o inconscientes, minimizando la importancia que en estos problemas tienen los factores sociales.

Que el niño o joven, no permanezca quieto, se rebele ante los padres, o que se bloquee ante los exámenes, se atribuye a desequilibrios químicos, a factores inconscientes no resueltos o rasgos de personalidad desafiantes. El problema se enjuicia como problemático, al mismo tiempo, se asigna al niño una etiqueta, que de forma ineludible tendrá connotaciones desagradables y que implícitamente establece la forma de resolver dicho problema. Estamos asistiendo en la actualidad a una cultura eminentemente cerebrocéntrica (Pérez Álvarez, 2011) que atribuye el comportamiento normal y anormal a trastornos orgánicos cerebrales. Esta cultura impregna la forma en que las personas que rodean al niño atribuyen su mal comportamiento a causas internas al propio individuo.

Esta atribución, ya sea biológica o de factores inconscientes, realizada por los demás, conlleva eximir de responsabilidad al individuo y a las propias instituciones que rodean a los niños (familia y escuela), permitiendo y fortaleciendo conductas problemáticas y trasladando la responsabilidad a las instituciones sanitarias. Esta cultura cerebrocéntrica, con todas las implicaciones sociales, económicas y políticas que tiene, revierte a su vez en la concepción que se tiene de los problemas.

Unido a ello, los cambios en los estilos de vida que se han producido en la infancia, han comenzado a generar comportamientos en los niños que en otro tiempo no eran valorados como problemáticos pero que en la sociedad actual son motivo de consulta. La percepción de problemas que se consideran trastornos psicológicos es dinámica, apareciendo más y nuevas etiquetas diagnósticas en diferentes épocas históricas (Timimi, 2006) duplicándose entre los años 1970 y finales de 1990 (British Medical Association, 2006) en países desarrollados frente al menor el diagnóstico en varones en países en vías de desarrollo (Cederblad, 1988; Pillai y cols. 2008).

Con relación a las nuevas etiquetas diagnósticas estamos asistiendo a un fenómeno cuanto menos curioso, que pone el acento en el comportamiento del niño,

en lugar de analizar las circunstancias en las que se dan dichos comportamientos. Por ejemplo, niños con una gran cantidad de horas de juego de ordenador, consolas o en redes sociales, es interpretado por los padres como la evidencia de que se está forjando un trastorno. Esto junto con los mensajes que proporcionan los medios de comunicación del aumento de adicciones a internet, crea la necesidad de poner una solución a dicho comportamiento. El acento se pone en el comportamiento problemático del niño, al que se le da un nombre, adicción y que requiere un tratamiento para ello. Poniendo el énfasis en estos factores, se obvia aquellos factores sociales que están dando lugar, a que dicho comportamiento aparezca, y que señalan que dicho comportamiento está dentro de los considerados trastornos psicológicos. Se refuerza así el patrón existente en esta sociedad, el de atribuir la responsabilidad a otros en lugar de asumir cada uno la cuota que le corresponda.

Todos estos factores sociales son los que se han asociado, desde diferentes fuentes, a los trastornos mentales, provocando un aumento de diagnósticos junto con el aumento parejo de tratamientos farmacológicos y psicológicos, reforzando la idea de que el problema está dentro del niño (Burman, 2005, Gómez Becerra y cols., 2007, Timimi, 2006; 2011; Du Feng y cols., 2011, Beyerlein y cols., 2011; Huang y cols., 2010 Molitor y cols., 1994; Gunter, 1985; Dot, 1988; Pérez Álvarez, 2011, 2012).

En resumen, son sobre todo factores sociales los que determinan que un comportamiento problemático se conciba como un trastorno mental, son también los criterios sociales los que atribuyen a factores internos la presencia de comportamientos anómalos, y por último, también son los determinantes sociales los que mejor explican la aparición y mantenimiento de los trastornos.

Debido a que el concepto de lo que es un trastorno o no, es algo dinámico, es necesario situar dicha cuestión en este punto, más que entender los problemas psicológicos como algo estable e inmodificable, ya que en función de cómo conceptualicemos el concepto de normal o anormal, o cómo lo atribuyamos, o dónde pongamos el énfasis, el problema se podrá desencadenar de una u otra forma. Mejor o peor tanto para el chaval como para la familia.

Es necesario por tanto entender que las soluciones que se propongan a raíz de los problemas que presente el niño, adolescente o familia, tienen que tener en cuenta los factores sociales y contextuales implicados en un problema psicológico. Por lo tanto una intervención asistencial tiene que incluir en su filosofía dichas ideas y hechos.

1.3.-. Implicaciones y estimaciones estadísticas de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia.

Ante la duda de si tal comportamiento se considera anormal, e influidos por el medio social y medios de comunicación, los padres acuden a los profesionales sanitarios en búsqueda de soluciones, para aclarar sus dudas, algunos con la esperanza de que lo que ocurre se pueda diagnosticar y otros con el temor de que exista un diagnóstico que perjudique al niño.

El diagnóstico de trastorno mental formal, se suele realizar ante un conjunto de síntomas o signos que están estandarizados en los sistemas de clasificación al uso, DSM-IV-TR y CIE-10 (APA, 2002; OMS-2000). Atendiendo a los sistemas de clasificación, estudios internacionales han señalado que del 10 al 20% de los niños de entre 0 y 17 años presentan problemas emocionales, que derivan a trastornos psiquiátricos provocando una gran interferencia social, familiar y/o académica (OMS, 2005; Weller y cols., 2003; Juszczak y cols., 2003) y que del 4% y 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave (OMS, 2005). Ver tabla 1.

Tabla 1: Prevalencia de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes en algunos países (OMS, 2005).

País	Estudio	Edad (años)	Prevalencia (%)
Brasil	Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004	7-14	12,7
Canadá (Ontario)	Offord et al., 1987	4-16	18,1
Etiopía	Tadesse et al., 1999	1-15	17,7
Alemania	Weyerer et al., 1988	12-15	20,7
India	Indian Council of Medical Research, 2001	1-16	12,8
Japón	Morita et al., 1993	12-15	15,0

España	Gómez-Beneyto et al., 1994	8, 11, 15	21,7
Suiza	Steinhausen et al., 1998	1-15	22,5
EE.UU.	United States Department of Health and Human Services, 1999	9-17	21,0

Como se observa existe una alta prevalencia de trastornos en países desarrollados y menor en países en vías de desarrollo. Los trastornos que se diagnostican con más frecuencia en consulta, son los trastornos emocionales y de conducta, seguidos por otro grupo de trastornos entre los que se engloban los trastornos de aprendizaje, generalizados del desarrollo, alimentación...

En el caso de los trastornos emocionales, la prevalencia en depresión infantil es del 2% en el caso de niños prepúberes, y de un 5% en el caso de adolescentes, y de un 4 al 7% de distimia (Fleming y Offord, 1999; Polaino y Doménech, 1993). Del 1,6 y 4% de la población infantil (Essau, Conradt y Petermann, 1999) y del 2 al 7% en población adolescente presentan problemas de ansiedad, siendo la fobia social uno de los trastornos más frecuentes en la adolescencia (Albano, Detweiler y Logsdon-Conradsen, 1999; Zimbardo, 1977; André y Legeron, 1997; Aláez y cols., 2000, Espín y Belloso, 2009, Caballo y Simón, 2002, San Sebastian, 2002).

Los trastornos de conducta, sitúan tasas de prevalencia de trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad entre un 3% y un 7% de los niños en edad escolar, de un 2% a un 16% en trastorno negativista desafiante, y de un 1% a un 10% en trastorno disocial (Taylor, 1986). El abuso de sustancias se pueden considerar dentro de los problemas de conducta, encontrando que en población adolescente el consumo de cannabis va de unas tasas del 6,9% al 7,3%, y del 37% para el consumo de alcohol de forma regular (Lora y cols., 1996; Ariza, 2003; Jiménez Bueno y cols., 1997; Aláez y cols., 2000, Belloso y Espín, 2009, Caballo y Simón, 2002, San Sebastian, 2002). Además los robos, delitos de tráfico, consumo de drogas, agresiones y violaciones sexuales entendidos como comportamientos disruptivos se dan en alta frecuencia en adolescentes disociales.

Otro gran grupo de diagnósticos que aparecen en consulta y que generan gran

preocupación, son los trastornos alimentarios, con tasas que van del 1% al 3%. Por otra parte, los trastornos generalizados del desarrollo presentan una incidencia de 0,0002%, (Toro, 1996 Keel y Mitchell;1997). El resto de diagnósticos, como los de aprendizaje, adaptación, psicóticos, presentan muy baja incidencia, aunque sin duda generan gran preocupación (para una revisión detallada, revisar estudios como Aláez y cols., 2000, Espín y Belloso, 2009, Caballo y Simón, 2002, San Sebastian, 2002) y una gran actividad asistencial. No nos detendremos en ellos ya que el presente trabajo se centra en las categorías diagnósticas más frecuentes, conforme a su utilización.

El diagnóstico en salud mental es necesario entre los profesionales, no obstante, en la última década se está asistiendo a un aumento del diagnóstico de determinados trastornos, que según los expertos corre paralelo a las políticas de las compañías farmacéuticas y políticas de gestión sanitarias (Timimi, 2010). Este aumento y prácticas que tienden al sobrediagnóstico, sobreevaluación y sobretratamiento, son parte más del problema que de la solución.

Las tasas de diagnóstico presentadas, dan cuenta del gran número de trastornos existentes entre los jóvenes, sobre la base de ello, lo “natural”, lo normal, sería estar trastornado ya que de 10 a 20 niños de cada 100, pueden ser diagnosticados con un trastorno mental en algún momento de su desarrollo. Esta tendencia con probabilidad aumentará con las nuevas etiquetas psiquiátricas-psicológicas infanto-juveniles que se están planteado en el DSM-V (Angell, 2011; Raghavan y cols., 2010)

Por tanto las consecuencias de un mal diagnóstico (ya sea por que se utiliza mal, se usa poco o demasiado) provoca efectos que pueden arrastrarse toda la vida, evolucionando hacia otros trastornos (Coie y cols., 1995; Cicchetti y cols., 1995, Rutter, 2002; Tsuang, 1995), o siendo los problemas también en la adultez un signo del mal diagnóstico en la infancia (Kessler y cols., 2005). Las reflexiones que genera la detección de problemas reales en la infancia es estimulante, a la par que no deja de generar ciertas dosis de angustia.

La moda del uso impulsivo del diagnóstico y la etiqueta, convierte la vida del adolescente y sus experiencias, en ejemplos de diagnósticos, ejes y listas de síntomas. El diagnóstico dado a un adolescente, abre puertas pero indudablemente le cierra otras. El diagnóstico de depresión puede ofrecerle diferentes oportunidades de tratamiento, pero al mismo tiempo lo estigmatiza y le pone la corona de enfermo con todas las implicaciones que esto tiene.

La permanencia del diagnóstico y su evolución a formas más complejas a lo largo de la infancia y la adolescencia, se asocia a graves consecuencias, como son: peor funcionamiento social, fracaso escolar, aumento de los trastornos mentales en la adultez, embarazos en la adolescencia, e implicaciones con el sistema judicial y legal por conductas delictivas con consecuencias legales y judiciales con grandes posibilidades de generar discapacidad (Goddard, y Higgins., 1999; Goodyer, y cols., 1991; Stoep y cols., 2003; Grant y Dawson, 1997; Gregory y cols., 2007; Gruber, y cols., 1996; Alday y cols., 2005). Por todo lo dicho, queda patente que el diagnóstico genera en sí mismo consecuencias. Al mismo tiempo, los manuales al uso, no contemplan todos los posibles problemas que puede tener un adolescente, generando así diagnósticos de cajón de sastre o no especificados, como popularmente se los conoce entre los clínicos.

Debemos mencionar otra serie de problemas que no cuentan con una etiqueta diagnóstica en DSM y CIE, como son la falta de habilidades sociales, dificultades de relación interpersonal, problemas de adherencia a tratamientos médicos, problemas de salud mental en los padres, familias desestructuradas, ambientes escolares exigentes y con procedimientos de control conductual basados en el castigo....todas ellas dificultades no contempladas por estos sistemas.

Los diagnósticos por tanto, tanto los que existen en las categorías diagnósticas como los que no se recogen en las clasificaciones clínicas, así como los nuevos que aparecerán en la próxima edición del DSM-V, además de ser problemáticos dado la escasa información que ofrecen sobre la etiología del trastorno, no ofrecen direcciones de tratamiento (Hayes y cols., 1996; Achenbach y Edelbrok, 1987; Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008). Asimismo la presencia

de comorbilidad en los trastornos infantiles, al igual que en los trastornos adultos, (Hoghughi, 1992; San Sebastián, 2002) hace pensar que ambos tienen procesos psicológicos comunes afectados. Finalmente, cabe mencionar que el hecho de ser diagnosticado como portador de un trastorno mental en la infancia o en la adolescencia puede tener unos efectos iatrogénicos desbastadores en el normal desarrollo del niño. Este diagnóstico indudablemente determinará unas interacciones diferentes con los adultos lo que a su vez podría terminar cronificados y agravando los problemas iniciales (Hacking, 2001; Pérez-Álvarez, 2012, Timimi, 2006).

Es decir el uso de etiquetas en los niños, tiene un efecto estigmatizante, pudiendo a partir de esta etiqueta afectar al modo en que otros niños, padres, profesores y compañeros tratan al niño. Se pueden focalizar en el comportamiento inadecuado ajustado a la etiqueta, generalizando lo inadecuado al resto de su comportamiento, conduciendo a una consolidación de la etiqueta (Wicks-Nelson e Israel, 1991). La etiqueta pueden servir como profecía que se cumple, ya que fortalece las ideas sobre las que se ha establecido dicho diagnóstico, por lo que además, cuando el profesional tras la evaluación hace una devolución digamos de “depresión”, justifica la misma, sobre la base de causas internas, como por ejemplo que el niño es inmaduro o a causas biológicas como, desequilibrios químicos. De este modo, no sólo se fortalece la etiqueta, sino la supuesta causa del problema. Es decir, produce una estigmatización en el niño, dando lugar a su vez a interacciones en los demás que confirman sus comportamientos problemáticos (Luciano, 1997).

Si bien, como señala Kessler (1988) quizás sea imposible la eliminación de las etiquetas, ya que los diferentes profesionales necesitan un medio con el que poder comunicarse, y es necesario a nivel judicial o político y económico, conocer la incidencia y prevalencia de los problemas en la infancia y adolescencia, se quiere poner de manifiesto la necesidad de un sistema de clasificación más funcional y ajustado a la problemática del caso atendiendo a variables sociales e históricas, que puedan dar cuenta de los problemas psicológicos y de su solución, evitando en la medida de lo posible la presencia de consecuencias negativas en el desarrollo del niño, promoviendo que el niño y la familia aprendan nuevos comportamientos de resolución de problemas, y tomen las riendas de sus vidas siendo máximamente

responsables de ella.

Es por tanto el proceso de diagnósticos y las prácticas que se derivan de él, otro de los factores que influyen en la forma que toman los trastornos mentales.

Es necesario ser consciente en el tratamiento que se realice que un diagnóstico dado al adolescente y a la familia de, trastorno psicótico, ansiedad, depresión o trastorno de conducta, va influir en la relación con el especialista y en la implementación del tratamiento.

En algunos momentos será necesario el uso de esta etiqueta con la familia, y en otros momentos lo más adecuado, quizás para prevenir todas las consecuencias negativas del diagnóstico, sea transmitir a la familia que el niño está atascado, paralizado, o que presenta un gran sufrimiento que es necesario llevar o manejar de otra forma. Esta será la estrategia seguida en el estudio que aquí se propone.

El diagnóstico influye en el devenir de la vida de la persona, por lo que hay que manejarlo de la mejor manera, minimizando su impacto. El protocolo asistencial que se presentan contempla dichas ideas, con un fin de prevención y minimización de cronificación del cuadro.

1.4. Atención especializada en salud mental infanto-juvenil.

En los servicios de salud mental infanto-juvenil son el psiquiatra o el psicólogo clínico los que llevan a cabo una evaluación, a través de diferentes entrevistas de la persona que acude a consulta, con el fin de llegar a una conclusión diagnóstica, para poder proveer una solución. El proceso de análisis de la demanda de los padres, del niño y de la derivación del médico de atención primaria, se resuelve de forma tradicional, con la devolución de un diagnóstico basado en el CIE-10 o DSM-IV-TR, al niño, familia y derivante.

No obstante, en la práctica habitual los diagnósticos sobre trastorno mentales también son realizados (aunque no están habilitados ni legitimados para ello) por pediatras, médicos de familia o neurólogos, que en primera instancia son los que

realizan el diagnóstico y aplican un tratamiento, consecuentemente médico. En muchos casos el trabajo del Psiquiatra y Psicólogo consiste en de-construir y re-construir las intervenciones realizadas por profesionales ajenos a la práctica habitual de salud mental. Esto se lleva a cabo en la gran mayoría de las ocasiones sin tener en cuenta las implicaciones que conlleva el diagnóstico y el tratamiento, dando lugar a sobre diagnósticos (Fisher y Greenberg, 1997) así como, a que se apliquen tratamientos farmacológicos sin tener en cuenta la supervisión de los efectos secundarios. Asimismo cada profesional tiene su propia orientación teórica que determinará la forma en que entiende las causas del problema y su posible solución (médica, psicoanalítica, cognitivo-conductual, etc.) lo que finalmente influirá en dicho problema.

En cualquier caso, la primera puerta que cruzan los pacientes a la hora de recurrir a los servicios de atención especializada es, en su gran mayoría, a través de los servicios de pediatría públicos y de atención primaria. Tras ser responsabilizados y/o sensibilizados, por ejemplo, de los problemas de atención de su hijo, preocupados por el rendimiento académico, los padres acuden al pediatra con un gran conjunto de preguntas y solicitudes. El médico especialista en pediatría, con el escaso tiempo que tiene, ofrece respuestas demoradas y en algunos casos contribuye a la problemática del caso. Son 32 niños por jornada laboral los pacientes que ve un pediatra, con un tiempo aproximado de 9.2 minutos por paciente (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, 2009) lo que resta posibilidad para poder hacer una derivación óptima a los servicios de salud mental especializada. Esto provoca que existan falsos positivos y que en muchos casos no haya posibilidad de detectar casos graves, que si requerirían atención temprana especializada.

En estudios que han analizado las derivaciones urgentes de pediatría a los servicios de salud mental se halla, que los pediatras no suelen seguir unas reglas claras a la hora de establecer el diagnóstico para efectuar la derivación (González Sanz, 1994). Así mismo, contamos con análisis que revelan que el 14% de los pacientes derivados a salud mental, no presenta ninguna patología (García Testal, 1998). Además se aprecia, que a la hora de realizar diagnósticos, por ejemplo en el caso de TDAH, se desprende un sobrediagnóstico en pediatría, reduciéndose la

probabilidad cuando la evaluación es realizada en un centro de atención especializada (Morán Sánchez y cols., 2008).

Desde nuestro punto de vista, las condiciones de presión asistencial tanto por los pediatras que son los primeros en recibir la demanda de los padres, como la presión de los servicios de salud mental especializada y la falta de coordinación que existe entre los centros escolares y los mismos servicios de atención especializada, genera desequilibrios a la hora de entender y abordar los problemas, que influyen en el moldeamiento de los trastornos.

En algunos casos, el niño o la familia, no ha recibido ninguna etiqueta, explicación o tratamiento, pero en otros casos, los profesionales se arriesgan de forma atrevida a utilizar las etiquetas conforme a síntomas muy salientes, sin tener en cuenta la clínica general del niño. Ofrecen a su vez soluciones psicológicas, que dada la falta de especialización en el área, dirigen la situación hacia un mayor número de problemas. “Es normal”, “es cuestión de madurez”, “hay que esperar”, son explicaciones dadas a los padres desde servicios ajenos a salud mental, que en el mejor de los casos, generan tranquilidad en los padres, retrasando el diagnóstico y el tratamiento adecuado, y en el peor de los casos, se introducen tratamientos ya sean psicológicos o farmacológicos que agravan aún más el problema.

A diferencia de los no especialistas, los expertos en materia de salud mental, utilizan aproximaciones teóricas más o menos validadas, que dan sentido y explican en parte el origen y solución de los problemas. Este “dar solución”, puede en algunas ocasiones, generar más confusión en la problemática que presenta el niño. Ya que los “idiomas” que hablan los especialistas en la materia, son diversos, diferentes y en muchas ocasiones incompatibles.

Los modelos teóricos de explicación de los trastornos mentales son diversos, generando confusión si los comparamos, es decir, una misma problemática puede recibir una explicación u otra y en consecuencia un tratamiento diferente, dependiendo de la orientación teórica del profesional que lo atienda. Los modelos más compatibles con los modelos categoriales de clasificación al uso son el médico,

intrapésquico y cognitivo, todos ellos, tomados de forma aislada se presentan como muy reduccionistas. Por un lado, explican las alteraciones de los comportamientos sobre la base de constructos hipotéticos que son poco contrastables a nivel de investigación, y por otro, sólo describen las topografías de la alteración conductual, sin atender a las funciones o propósito de la conducta problemática (Pardo y Pérez Álvarez; 2007; Pérez Álvarez, 1996, 2011, 2012; Luciano, 1997).

Los idiomas no son sólo diferentes entre los diferentes integrantes de la unidad de salud mental (psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares, psicólogos...) sino que dentro de un mismo papel profesional existen a su vez formas diferentes e incluso contradictorias de abordar las dificultades psicológicas. Santolaya y cols. (2002) y Sanz (2002) señalan que dentro de los psicólogos clínicos del sistema de sanidad pública, el 37,55% tienen una orientación cognitivo-conductual, el 29,04% se acogen a un modelo psicodinámico, el 20,63% a una orientación ecléctica, el 11,32% a un modelo sistémico y el resto a otro tipo de orientaciones. Con estos datos, dentro de una misma unidad de salud mental, varios profesionales pueden tener modelos de referencia diferentes, que interactúan con los diferentes modelos teóricos de sus compañeros psiquiatras. La existencia de lo que hemos dado en llamar “idiomas”, diferentes resulta una variable de interés en relación con las habilidades terapéuticas. Esta confusión pone en duda, sobre si es mejor diferentes perspectivas teóricas o es mejor una que las integre a todas ellas.

Unido a esto, según mi punto de vista existe una gran confusión entorno a los tratamientos aplicados en los servicios de salud mental. Entre los diferentes psicólogos clínicos, debido a su diferente formación existe un tratamiento diferencial de los adolescentes en función del profesional. Existe una falta de datos en relación con los diferentes tratamientos el efecto diferencial que producen. No sólo no existe en sanidad falta de indicación de recomendaciones terapéuticas eficaces, dejando a cada profesional realizar a nivel psicoterapéutico lo que crea más conveniente, sino ya que esto es así hay una falta de estudios que respalden las intervenciones realizadas. La creatividad y flexibilidad clínica con la que cuenta los servicios de salud mental, bajo mi opinión no corre paralela a la investigación, que se refleja en la falta de datos de estudios de psicoterapia infanto-juvenil en el campo de salud

mental.

No sólo existen una falta de entendimiento a nivel teórico o de investigación del efecto de diferentes teorías, sino que es necesario compartir un idioma, si no teórico, si práctico o de intervención, todo contextualizado en una relación humana especial. Para ello y si se revisan los principales factores de eficacia de la psicoterapia, lo que se encuentra en dichas revisiones es que los factores de eficacia señalan, que una proporción del éxito de la psicoterapia tiene que ver con las habilidades terapéuticas, con la visión alternativa que se da al problema, y con la enseñanza de nueva habilidades para el manejo emocional y conductual (Lambert y Bergin, 1994). No obstante, es necesario poner de relieve que con independencia de la perspectiva, en todas ellas es necesario la presencia de habilidades terapéuticas y entre ellas la aceptación incondicional del terapeuta hacia el paciente (Rogers, 1997), tendrán que ser habilidades de primer rango a la hora de aplicar cualquier tipo de tratamiento, con el fin de poder proporcionar una experiencia de crecimiento. Si las diferentes perspectivas teóricas, pueden moldear los problemas en una dirección más o menos útil para la vida del paciente, es imprescindible que cualquiera que sea la orientación, esta se vea de forma ineludible, marcada por la aceptación, así como por otras tantas habilidades terapéuticas que resultan claves, según marca la investigación, desde hace ya casi 20 años, (Lambert y Bergin, 1994).

A nivel de técnica también existen diferencias, y aunque en el sistema público hasta ahora hay una convivencia entre profesionales de la psicología que actúan desde diferentes modelos y en consecuencia usando diferentes técnicas. Tan sólo en Cataluña se están generando recursos y prácticas en relación con recomendaciones terapéuticas basadas en la evidencia científica, disponiendo medios para poder aplicar tratamientos eficaces (GENCAT, 2009). En el resto del estado español, no existen recomendaciones terapéuticas basadas en la evidencia para la aplicación de tratamientos psicológicos. Todo ello genera que a nivel clínico la práctica psicoterapéutica dependa del profesional y de su orientación.

Por tanto, las teorías, el sistema de diagnóstico, las habilidades terapéuticas van a influir en el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Se une a esto, la

propia presión asistencial del sistema sanitario, que también tiene una influencia indirecta en el abordaje de problemas psiquiátricos.

En el caso de los servicios de salud mental especializados de carácter público, en la Comunidad de Madrid, el psicólogo clínico infantil, tiene como media 6 nuevas consultas a la semana y las revisiones entre consulta y consulta son de aproximadamente de 20 a 40 días. Considerando la necesidad de un mínimo de un psiquiatra para cada 20.000 habitantes menores de 18 años y un psicólogo para cada 25.000 habitantes menores de 18 años, la falta de recursos humanos resulta patente, sin contar la falta de dispositivos como hospitales de día, unidades de hospitalización u otros recursos sociosanitarios (San Sebastián, 2002). Siguiendo con el ejemplo de la Comunidad de Madrid, se atienden a 48.853 niños en un año en primera consulta, a través de once áreas sanitarias. De estos sólo hay registros de 2.557 altas terapéuticas también en un año (San Sebastián, 2002). Dentro de las estrategias terapéuticas más utilizadas, de nuevo en la Comunidad de Madrid, son las intervenciones psicofarmacológicas, y las terapias individuales, quedando la terapia de grupo relegada, siendo el tipo de prestación que menos se utiliza (Plan estratégico de Salud Mental 2010-2014 Madrid, 2011). Existen muchas incógnitas con respecto al tipo, número de intervenciones, diagnósticos....paralelo a la falta de datos estadísticos publicados por agencias sanitarias.

No menos importante, resulta el hecho de que dentro de la cartera de prestaciones terapéuticas, en las diferentes comunidades, no existen espacios registrados para poder realizar coordinaciones con colegios, equipos de atención primaria y/o equipos de orientación psicopedagógicos, quedando en muchos casos a la voluntad del profesional y su buen hacer. Esta falta de coordinación crea un bucle con los derivantes de pacientes, que aumenta la complejidad del abordaje de los problemas psicológicos de los jóvenes.

En conclusión, la persona que realiza el diagnóstico y la aproximación teórica que maneja para entender los problemas psicológicos, la falta de coordinación entre profesionales, y la gran presión asistencial en sanidad pública se plantean como obstáculos para poder resolver los problemas psicológicos de forma óptima. Esto

pone de relieve, si cabe aún más, la gran necesidad de articular tratamientos, que den salida a toda esta problemática y al mismo tiempo, dotar al individuo de habilidades para afrontar su vida, siendo capaz de elegir y ser responsable.

Las deficiencias del sistema sanitario público señaladas, son tomadas como una oportunidad para generar prácticas, que incorporen mejoras, de forma que progresivamente tengamos sistemas más eficaces. La visión crítica sólo tiene la intención de poner de relieve aquellos aspectos a mejorar.

Las mejoras que aquí se proponen tienen que ver con el campo de la salud mental infanto-juvenil en el sistema sanitario público, al mismo tiempo que se constata que los trastornos mentales en la población infanto-juvenil es un tema especialmente delicado, y que es necesario que sea estudiado, abordado, evaluado, justificado y tratado por especialistas en salud mental. Que la aparición y curso de los trastornos depende de contextos culturales, políticos, académicos, económicos y de políticas sanitarias, por lo que todos estos factores tienen que ser tenidos en cuenta a la hora de prevenir y dar tratamiento a los problemas psicológicos. Es necesario una mayor coordinación entre los servicios sanitarios e instituciones que rodean al niño y sus familias, intentando generar ideas que vayan todas en la misma dirección. Y se constata, dentro del campo de la psicología y de los psicólogos, que es necesario que los tratamientos sean aplicados por especialista en Psicología Clínica, y que son ellos, los que tienen que ofrecer tratamientos basados en la evidencia, que sean competitivos y que resuelvan los problemas dentro del contexto sanitario.

Por lo tanto, es necesario desde la clínica y desde el campo de la psicología ofrecer tratamientos que cumplan al menos tres requisitos, a) tratamientos que entiendan los problemas psicológicos como entidades que son moldeadas y construidas por la sociedad y entre ellos los propios profesionales sanitarios (Szasz, 1960, Foucault, 1998 Hacking, 2001, Pérez Álvarez, 2011; Brinkmann, 2005 Vandereycken y Hoek, 1992, Timimi, 2010), b) tratamientos con evidencia científica, que garanticen calidad y que sean competitivos, y c) tratamientos centrados en una filosofía que promueva habilidades de manejo emocional y

conductual basadas en una relación de aceptación y apoyo.

1.5 Resumen.

En resumen, se recoge que factores sociales, económicos y políticos son los que en gran parte influyen que un comportamiento problemático se conciba como un trastorno mental. Además desde la práctica clínica el uso de modelos de clasificación categoriales (DSM y CIE) no son los suficientemente capaces de recoger la complejidad humana incurriendo en sobrediagnóstico y en la estigmatización. Unido a esto, la falta de recursos humanos, la confusión de perspectivas teóricas entre los profesionales sanitarios, y la baja utilización de recursos terapéuticos empíricos, genera un contexto que participa en la construcción y cronificación los trastornos mentales infanto-juveniles.

Para atender a la complejidad de los problemas psiquiátricos infanto-juveniles, en el sistema público sanitario también complejo, es necesario contar con procedimientos asistenciales protocolizados, que minimicen los efectos del diagnóstico, que promuevan cambios efectivos y rápidos y que generen pocos costes. La inclusión de modelos de psicoterapia con evidencia científica asentada, que incluyan procesos de cambio respaldados a nivel empírico son una puerta abierta a la solución de problemas psiquiátricos en la población adolescent

Capítulo 2.

2.-Abordajes conceptuales en los problemas de la infancia y adolescencia.

2.1. Introducción.

En este capítulo se van a revisar, dentro de las terapias psicológicas las que cuentan con mayor evidencia empírica a la hora de explicar y tratar los problemas mentales que acontecen a los niños y adolescentes. Las aproximaciones teóricas y clínicas que cuentan con mayor evidencia son las aproximaciones conductual y cognitivo conductual. Aunque existen muchas críticas al respecto, en la cartera de los servicios sanitarios se tiene que contar con dichos tratamientos. Este capítulo va a revisar la explicación de los trastornos desde estos enfoques, centrándose en los diferentes tratamientos propuestos, para acabar con señalar los inconvenientes encontrados. Se presentan algunas alternativas de mejora a dichos inconvenientes.

La concepción teórica que se tenga de los trastornos mentales será determinante en la comprensión del caso, y puede ser uno de los factores que contribuya a su presencia, mantenimiento y/o cronificación. En los siguientes puntos se van a abordar las diferentes aproximaciones que se vienen utilizando para explicar los trastornos infanto-juveniles.

Existe la aproximación organicista, intrapsíquica, sistémica, conductual y cognitivo-conductual (Luciano, 1997; Rodríguez Sacristán 1998; Ajuriaguerra, 1973). Dentro del campo de la psicología clínica, las aproximaciones que más evidencia empírica acumula son, la aproximación conductual, cognitivo-conductual y cognitivo-conductual contextual, por los que serán estos enfoques, sobre los que nos centraremos. No profundizar en el resto, no niega el poder clínico que pudieran tener, sino que se eligen explorar, analizar y valorar éstas otras aproximaciones, por los hechos empíricos acumulados frente al menor número de datos empíricos del resto de aproximaciones.

Comenzaremos exponiendo la aproximación conductual, para más tarde pasar a hablar de la aproximación cognitiva, señalando las ventajas, limitaciones y los datos empíricos en ambas. Por último se ofrecerá como aproximación más avanzada, la visión cognitivo-conductual contextual como una aproximación que vendría a superar las limitaciones de la anteriores, al mismo tiempo que suma nuevas estrategias terapéuticas eficaces.

2.2.- Enfoques terapéuticos explicativos

2.2.1.- Enfoque terapéutico conductual

La aproximación conductual entiende que las leyes que regulan la conducta normal y anormal son las mismas. Los problemas psicológicos son producto de la historia interactiva entre el medio y el organismo que provocan un desajuste comportamental, entre las respuestas emitidas en un momento dado y lo que espera la comunidad socio-verbal en ese mismo momento (Bijou y Baer, 1976, Luciano 1989; 1997).

La conducta, normal o anormal, se va a definir o componer de variables de interacción o factores de control funcional, la repuesta que estos factores determinan y las consecuencias. Lo que habitualmente en literatura se ha descrito como la relación de contingencia de tres términos (Skinner, 1976). Por tanto, el comportamiento va a ser función, por una parte del ambiente y de un estado biológico en particular, dando lugar a conductas que sean fomentadas o disminuidas, en función de las consecuencias que la propia conducta resuelva.

Así, desde la aproximación conductual las conductas problemáticas no se entienden como episodios aislados, y no se agrupan desde sus topografías, sino que se atiende más bien a la función que cumplen (discriminativa, apetitiva o aversiva). Comportamientos aparentemente diferentes pueden tener funciones equivalentes y conductas similares tener funciones diferentes. Por ejemplo, si el niño, cada vez que llora, o grita, consigue que los padres le compren al final un paquete de cromos, se fortalece mediante reforzamiento positivo la conducta de chillar o llorar, y por

reforzamiento negativo la de comprar los cromos por parte de los padres. Los problemas psicológicos son formulados bajo las leyes del análisis experimental de conducta, bajo reforzamiento positivo y negativo.

Desde la aproximación conductual, para comprender los problemas hay que atender a las condiciones en las que ocurre una determinada respuesta que se mantiene por determinadas contingencias inmediatas. Por tanto se puede decir, que los problemas de conducta están provocados o pueden provenir de la regulación inapropiada de la conducta por lo que respecta a sus condiciones de control, y en otros casos de las formas específicas de las respuestas por cuanto se carece de conductas apropiadas, (“déficit” o “excesos”) conductuales. En consecuencia el criterio de anormalidad tomado, es cultural y social, y será el análisis funcional el que determina lo inapropiado de los comportamientos problemáticos conforme a criterios sociales y culturales.

Oscar un niño de 12 años con diagnóstico de trastorno desafiante al modo DSM-IV, presenta una historia de respuestas amenazantes ante la retirada de consola, ropa, postres, cada vez que se solicita que asuman las responsabilidades que le tocan. Ante esto, la madre comienza riéndose de su forma de actuar, para luego amenazarlo (siendo un modelo de amenaza para su hijo), y termina dándole al niño lo que pide, cuando el niño la vuelve a amenazar. Así la madre acaba dando lo que prohíbe al principio una vez que su hijo se vuelve muy agresivo. El padre, en la mayoría de las ocasiones ausente, cuando está en casa, es agresivo con su hijo y con su esposa, castigando de forma física los comportamientos problemáticos, consiguiendo reforzar los problemas. Se ofrece como modelo para comportamientos desafiantes y agresivos. Las lecciones que existen en esta familia son bien aprendidas por Oscar, por lo que para conseguir atención, afecto, jugar al fútbol, salir fuera de clase, suele responder de la misma forma: agresivamente. Al explorar las interacciones familiares se observa que existe una historia basada en el castigo con baja tasa de reforzamiento de comportamientos adaptativos por parte de la familia y del colegio, alta tasa de reforzamiento de comportamientos agresivos. Se observa como existe una historia de interacciones con la madre que cada vez que grita, empuja, o amenaza, la madre da lo que quiere. Esto provoca que se fortalezca el patrón conductual de evitar

actividades desagradables por parte de Oscar, utilizando el comportamiento agresivo como medio para conseguir su fin.

La aproximación conductual, por tanto, estudia el tipo de interacciones y mecanismos de control yendo a la raíz de los problemas, estudiando las funciones que cumple el comportamiento. Así pues, el interés central es la función de la conducta, no su topografía. El análisis funcional dará cuenta de las circunstancias o contexto en que se da la conducta (problemática o no problemática) así como de la historia de interacciones que han ido moldeando dichos comportamientos. Por lo que técnicamente, el análisis se resuelve con la identificación de los antecedentes y consecuentes de la conducta objeto de estudio. Esta unidad de tres términos: antecedente, conducta y consecuente se suele denominar, contingencia de tres términos y se representa como A-B-C, donde A es el E^D (y si se trata de condicionamiento respondiente EC), B es la conducta operante, (y en su caso RC) y C el reforzador, E^r . Unidad funcional es lo que hace referencia a esto último con estímulo discriminativo, respuesta y las consecuencias o funciones recibida tras las respuestas (E^D -R- E^r).

Por lo tanto, los problemas psicológicos, entendidos como patrones conductuales de regulación inadecuada (excesos o déficits conductuales inapropiados) se evalúan mediante técnicas conductuales, sobre los que se establecen procedimientos y recursos para revertir dichos patrones (Luciano, 1989, Peñate, 2011, Pérez-Álvarez, 1996), una vez que se ha evaluado la unidad funcional que sustenta dicho comportamiento.

Basados en estos principios fundamentales, las operaciones conductuales que tradicionalmente se han utilizado para revertir patrones conductuales problemáticos, son aquellas dirigidas al manejo de contingencias y técnicas de exposición, ambas dentro de la terapia de conducta (Catania, 1992, Pérez Álvarez, 1996, Bijou y Baer, 1976; Whaley y Malott, 1971). En la tabla 2, se pueden apreciar las principales operaciones conductuales que se consideran dentro de la terapia y modificación de conducta.

Tabla 2 Técnicas basadas en la Modificación de conducta

<ul style="list-style-type: none"> • Control de estímulos. • Moldeamiento. • Costo de respuesta. • Sobrecorrección. • Desensibilización. • Castigo. • Contrato conductual. • Encadenamiento. • Manejo de contingencias (reforzamiento diferencial...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Economía de fichas. • Tiempo fuera. • Relajación. • Extinción. • Restricción física. • Exposición. • Desvanecimiento. • Generalización y mantenimiento de conductas. • Programa de Actividades agradables.
---	--

Fuente: Luciano (1995, 1996, 1997), Pérez-Álvarez (1996), Vallejo (1996).

Las intervenciones en el manejo directo de contingencias, implican un análisis funcional del objeto de estudio, control de estímulos, reforzamiento diferencial, uso del castigo y otros procedimientos de aumento y reducción de comportamientos. Todas ellas han sido utilizadas con gran éxito en el contexto educativo para el manejo de conductas problemáticas (Luciano, 1995), habilidades pre-requisitas para el aprendizaje, y procedimientos para el desarrollo de habilidades académicas (Luciano, 1996, 1997), para formación de educadores (Keller y Schonfeld, 1952) y en intervención en retraso mental (Luciano, 1996) así como en trastornos generalizados del desarrollo (Lovaas, 1987).

Las operaciones conductuales y su combinación han generado la creación de programas conductuales más amplios, que integran diferentes operaciones conductuales aplicadas a cuadros psicopatológicos, considerándose tratamientos conductuales eficaces (Chambless, 1997, 1998, 2001).

Tabla 3. Tratamientos conductuales eficaces.

Fobias específicas	Desensibilización sistemática in vivo (Kuroda, 1969; Sheslow y cols, 1982) Práctica reforzada (Obler y Terwilliger, 1970; Leitenger y Callahan, 1973; Lewis, 1974) Modelado con participación (Lewis, 1974; Murphy y Bootzin, 1973 y Ritter, 1968).
Negativista desafiante	Modelo de Oregón de Entrenamiento de Padres en Manejo Conductual (Patterson, y Forgatch, 1995) .
Timidez	Modelado simbólico (O'Connor, 1969).
Autismo	Análisis aplicado de la conducta para problemas generales y específicos (Loovas, 1987).
Enuresis	Alarma ante orina (Mowrer y Mowrer, 1938) Entrenamiento en cama seca (con alarma) (Azrin, Sneed y Foxx, 1973, 1974)

Si se examinan las operaciones conductuales que usan los diferentes programas terapéuticos se obtiene, que se trata de combinaciones de operaciones conductuales básicas. Sirva como ejemplo el desglose que se ha realizado de los programas de tratamiento que se llevan a cabo para autismo, timidez y trastorno negativista desafiante, en la tabla 4.

Tabla 4. Operaciones conductuales que integran los tratamientos

Programa y Trastorno	Técnicas Conductuales Aplicadas
Análisis aplicado de la conducta (Autismo)	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento. • Aprendizaje en discriminación. • Moldeamiento. • Estimulación del aprendizaje con ayudas. • Desvanecimiento. • Aprendizaje sin error.
Modelado simbólico (Timidez)	<ul style="list-style-type: none"> • Modelado simbólico múltiple. • Reforzamiento social y material • Jerarquía en la exposición. • Estimulación del aprendizaje con ayudas.
Modelo de Oregón de Entrenamiento de Padres en Manejo Conductual (Negativista desafiante).	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento. • Castigo. • Tiempo fuera. • Reforzamiento diferencial.

Fuentes: Pérez Álvarez y cols., (2010) Eyberg y cols. (2008).

Como se puede observar, aunque se den diferentes nombres a los tratamientos, se aprecia que las operaciones terapéuticas siguen siendo operaciones conductuales tradicionales. Estos tratamientos, aún siendo eficaces, no están exentos

de limitaciones.

2.2.2.- Limitaciones en la aproximación conductual de evaluación y tratamiento.

Son conocidas las críticas, por otra parte poco fundamentadas, que se han realizado al modelo conductual de, reduccionista, simplista, mecanicista y centrado exclusivamente en comportamientos manifiestos, críticas sobradamente superadas con base en un amplio número de estudios y datos empíricos, recogidos en diferentes manuales que señalan las ventajas del modelo de aproximación conductual (Luciano y cols., 1997; Pérez Álvarez, 1999).

De la terapia de conducta se ha expuesto su capacidad para explicar y abordar problemas de conducta simples, pero que difícilmente puede explicar problemas de conducta complejos. Se ha visto que el manejo de contingencias es eficaz para problemas de conducta que se daban en personas que estaban internadas (retraso mental, psicosis,...) pero muestra limitaciones para el tratamiento de problemas complejos ambulatorios (Kohlenberg y Tsai, 1991).

También se ha criticado que si bien, se pueden producir cambios en el contexto de laboratorio, llevar a cabo estos cambios en el contexto natural puede ser sumamente complejo e incluso cambios ocurridos durante los tratamientos o en un contexto más controlado, difícilmente se generalizan a la vida del niño. Un ejemplo de esto han sido los tratamientos conductuales para niños con TDAH (Twohig y cols., 2007).

Los modelos conductuales no son capaces de explicar porque se adquieren miedos, ya que existen miedos que no se adquieren a través del condicionamiento aversivo (Rachman, 1977). Además tampoco son capaces de explicar cómo no se extinguen las reacciones emocionales a un estímulo fóbico tras un procedimiento de exposición, del mismo modo que tampoco pueden explicar como la adquisición se generaliza a través del lenguaje (Marks, 1981,1987, Mineka y Tomarken, 1989; Reiss, 1980).

Quizás una de las limitaciones más importantes que se le han planteado a la terapia de conducta, es su poca o nula capacidad para explicar comportamientos complejos, como la empatía, toma de perspectiva..., es decir, no ha llegado a profundizar y dar cuenta de todo el mundo emocional y cognitivo del niño desde que nace. Es sobre la base de estas limitaciones, que surgen las explicaciones cognitivo-conductuales que vienen a integrar dichos aspectos y aportan nuevas herramientas terapéuticas, que se recogen en el apartado siguiente.

2.2.3. Abordaje terapéutico cognitivo conductual

La aproximación cognitivo-conductual se presentan como un modelo que pretende superar las limitaciones del modelo conductual.

Los modelos cognitivos creados para abordar los problemas psicológicos en población adulta, han emigrado a la población infantil, adaptando sus procedimientos a las características de población con menos edad. La conducta anormal se entiende como un efecto causado por problemas en el procesamiento de la información, el aprendizaje social, problemas de autocontrol y autoeficacia (Bandura, 1977, Mahoney, 1980; Rosenthal, 1984; Rosenthal y Bandura, 1978; Rosenthal y Zimmerman, 1978). Las raíces de la interpretación de la conducta anormal del modelo cognitivo, se hallan en los estudios de aprendizaje de Bandura (1969, 1977), en el modelo cognitivo de autocontrol propuesto por Kanfer (1965) y el modelo integrador de Kanfer y Philips (1970).

Desde la aproximación cognitiva, las variables explicativas de las alteraciones en la infancia y en los adultos, se ubican, sobre todo en procesos o capacidades que tienen que ver con cómo entiende el individuo el mundo y como se enfrenta a él. Sus creencias e ideas.

Y sobre estas ideas y creencias existen variadas explicaciones. Por ejemplo, algunos autores han precisado que los problemas en los niños se deben a sus autoverbalizaciones irracionales, que girarían en torno a tres aspectos: (1) un sobreénfasis en la aprobación y ejecución perfectas, (2) la importancia distorsionada

de obtener lo que se quiere, y (3) una falta de habilidad percibida para tolerar la experiencia negativa (Bernard, y Joyce, 1984; Ellis y Bernard, 2006).

Otros como Kendall y Braswell (1985) han diferenciado entre déficits cognitivos y distorsiones cognitivas, estando los primeros más relacionados con conductas externalizadas (denominadas también problemas de conducta), y las segundas más relacionadas con problemas internalizados (denominados también emocionales).

Meichenbaum, Bream y Cohen (1985) por ejemplo, han explicado el aislamiento social en los niños atribuyendo los déficits a factores afectivos, cognitivos e interpersonales que interfiere con la emisión de las habilidades sociales que están en su repertorio. Kendall (1984) y Meichenbaum (1977) postularon que la impulsividad de un niño, sus déficits de atención y su actuación muy externalizada, serían producto de deficiencias cognitivas. Además, Spivak, Platt y Shure, (1976) señalan que los problemas interpersonales estarían relacionados con la carencia de habilidades para reconocer el problema, con la ausencia de un pensamiento dirigido a fines adecuados, con la carencia de soluciones alternativas y la carencia de habilidades sobre relaciones causa-efecto. Al mismo tiempo, los problemas de incompetencia social se han relacionado con la presencia de cogniciones distorsionadas, más en la línea de Beck y Ellis.

Por tanto la mayoría de los autores cognitivos especifican como causa de los problemas psicológicos la forma de procesamiento, de las atribuciones o cogniciones que la persona tiene de los eventos externos que le acontecen. Puesto que la alteración emocional o de conducta es producida por la alteración en la forma de pensar, las estrategias terapéuticas están centradas en el cambio de la forma de pensar, de las creencias y de los pensamientos (Lang, 1968; Kendall y Hollon, 1981; Metalsky y Abramson, 1981; Sutton-Simon, 1981; Tower y Singer, 1981).

Surgen por tanto un grupo de terapias, dirigidas a cambiar los eventos privados (pensamientos, creencias, evaluaciones, sensaciones, emociones, esquemas cognitivos...). La terapia cognitivo-conductual (Mahoney y Arnkoff, 1978) sería el

nombre genérico que incluyen terapias de reestructuración cognitiva (Terapia racional emotiva de Ellis; Terapia cognitiva de Beck, y Entrenamiento Autoinstruccional de Meichenbaum), de afrontamiento de situaciones (Inoculación de estrés, miedo, pánico, ira y dolor) y de solución de problemas (Modelo impersonal de D'zurilla y Nezu, 1999).

Todas están formuladas para remediar, cambiar, alterar y modificar los eventos cognitivos problemáticos. La terapia cognitiva de Beck (1976) se adapta a diferentes estrategias terapéuticas y a distintos trastornos infanto-juveniles (Semple, 2011; Fairburn, 2008; March y Friesen, 1998), del mismo modo que el entrenamiento autoinstrucción de Meichenbaum y la solución de problemas de Spivack y Shure, son abordajes comunes para diferentes problemas infanto-juveniles (Caballo y Simón, 2002; Kendal, 2012).

Al examinar los diferentes tratamientos cognitivos para niños y adolescentes, se observan que las principales técnicas van dirigidas al cambio de pensamientos irracionales y creencias distorsionadas, utilizando estrategias que ayuden a identificar dichos pensamientos o emociones problemáticas y cambiar dichos eventos cognitivos por otros más adaptativos y ajustados a la realidad. Las operaciones cognitivas fundamentales que se incluyen en los principales tratamientos cognitivos infantiles, se observan en la tabla 5.

Tabla 5. Operaciones cognitivas.

·	Identificación de ideas irracionales, Debate de ideas irracionales, distinción entre pensamiento lógico e ilógico, redefinición del pensamiento.
·	Imaginación racional-emotiva, ejercicios contra la vergüenza, humor, aceptación no condenatoria y estima positiva.
·	Entrenamiento atencional.
·	Entrenamiento en solución de problemas.
·	Cuestionamiento de la evidencia.
·	Respuesta alternativa racional.
·	Imagen descatastrofizadora.
·	Consecuencias fantaseadas.
·	Convertir la ventaja en desventaja.
·	Parada del pensamiento.

Fuente: Luciano, 1997, Pérez-Álvarez, 1996, Caballo y Simón, 2002, Abela y Hankin, 2007

Otro conjunto de técnicas que se han considerado cognitivas por provenir de los estudios de aprendizaje social de Bandura, han sido el entrenamiento en Habilidades Sociales, aunque hay autores que las consideran técnicas fundamentalmente operantes.

La mayoría de los programas de Habilidades Sociales aplicados a niños, están ubicados en orientaciones cognitivo conductuales. Las estrategias que principalmente se promueven son la mejora de habilidades interpersonales y de comunicación del niño con iguales y con adultos. En este tipo de intervención se intentan cubrir contenidos que van desde hacer cumplidos, hacer favores, sonreír, iniciar y mantener una conversación, afrontar conflictos con otros iguales que agreden y mejorar las interacciones con el sexo opuesto (Michelson y cols., 1987; Kelly, 1987; Monjas, 1993). En la tabla 6, se pueden observar los procedimientos que se utilizan para poder dotar a la persona de habilidades, de estrategias, ya sea para solucionar conflictos interpersonales o bien para dotar al individuo de formas de presentarse al mundo más adecuadas y adaptadas.

Tabla 6. Técnicas para el entrenamiento de habilidades sociales

•	Imitación.
•	Ensayo conductual (representación-role playing e intercambio de papeles).
•	Reforzamiento social.
•	Economía de fichas.
•	Modelado.
•	Autoinstrucción.
•	Instrucción verbal.
•	Técnicas de solución de problemas.
•	Desensibilización.

Fuente: Luciano, 1997; Paula Pérez, 2000

El uso de operaciones cognitivas y de habilidades sociales, junto con las conductuales, se han combinado para crear programas de tratamiento que superen las limitaciones de los programas conductuales, y den respuesta a los trastornos infanto-juveniles. La mezcla de las mismas, y el interés por la creación de tratamientos eficaces, ha dado lugar a la aparición de abordajes cognitivo-conductuales eficaces aplicados a la población infantil y adolescente que presenta problemas tanto de salud, como trastorno psicopatológicos (Caballo y Simón, 2002, Kendal, 2012).

Tabla 7. Tratamientos cognitivos-conductuales eficaces en infantil

Problema psicológico	Tratamiento y estudios
Depresión adolescentes	Enfrentando el curso de la Depresión, versión adolescentes (CWD-A; Lewinsohn y Clarke, 1986)
Depresión infantil	Programa ACTION (Stark y Kendall, 1996) Entrenamiento de Mejora de control Primario y Secundario (PASCET; Rothbaum, Weisz, y Snyder, 1982; Weisz, Rothbaum y Blackburn, 1984)
Trastorno por estrés postraumático	Terapia cognitivo conductual para estrés postraumático (Cohen y cols., 2004; Cohen, 1996, 1998, Cohen y cols., 2005, Deblinger y cols, 2001; Jaberghadery y cols., 2004; King y cols., 2000).
Fobia social	Terapia Cognitivo Conductual de Grupo para Adolescentes (CBGT-A; Albano, Marten y Holt, 1991; Haywards y cols, 2000, García-López y cols., 2002)
TDAH	Terapia cognitivo-conductual combinada para TDAH (Calderón, 2001; Nicolau y García-Giral, 2002).
Abuso de sustancias	Terapia cognitivo-conductual para el abuso de sustancias en adolescentes (Hops y cols., 2007; Waldron y cols., 2007).

Si se explora las estrategias terapéuticas de estos grandes grupos de tratamientos se vuelve a observar que están compuestas de operaciones tradicionales.

Tabla 8. Desglose de estrategias terapéuticas de tratamientos cognitivo-conductuales eficaces en infancia y adolescencia.

Tratamiento	Operaciones conductuales	Operaciones Cognitivas
Terapia grupal cognitivo-conductual para Fobia social	<ul style="list-style-type: none"> Exposición. Ensayos de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación de la ansiedad Reestructuración cognitiva Resolución de problemas Entrenamiento en Habilidades sociales
TCC para Trastorno por Estrés Postraumático	<ul style="list-style-type: none"> Exposición. Relajación progresiva. Uso de dibujos y escrituras creativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación de una sexualidad sana y del abuso sexual. Reestructuración cognitiva. Parada del pensamiento. Imágenes positivas.
TCC (ACTION) para Depresión infantil	<ul style="list-style-type: none"> Actividades agradables. 	<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración cognitiva. Reeducación emocional. Resolución de problemas. Autoinstrucciones/Autocontrol. Habilidades sociales.
TCC para depresión infantil (PASCET)	<ul style="list-style-type: none"> Actividades agradables. Relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración cognitiva. Solución de problemas. Imaginación positiva.
TCC para depresión en adolescentes (CWC-A)	<ul style="list-style-type: none"> Actividades agradables Relajación Mantenimiento de los logros mediante reforzamiento. Participación de los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> Autocontrol Habilidades sociales Reestructuración cognitiva Habilidades de comunicación Resolución de problemas interpersonales
TDAH	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de contingencias. Economía de fichas. Tiempo fuera. Contrato de contingencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Autoinstrucciones/Autocontrol. Técnica de la tortuga. Habilidades de sociales de comunicación.

Terapia Cognitivo Conductual para abuso de drogas	.	Evitación de situaciones de riesgo	.	Reestructura cognitiva
	.	Escape en las situaciones de riesgo	.	Imaginación de las consecuencias aversivas de consumir drogas
	.	Relajación	.	Distracción
	.	Actividad física	.	Autoinstrucciones
	.	Conductas alternativas más adecuadas	.	Habilidades asertivas
	.	Retrasar el deseo de consumir drogas		

Dentro de las operaciones cognitivas, también se encuentran las estrategias de psicoeducación, distracción y escenificaciones emotivas que suelen ser versiones enriquecidas o mejoradas de las operaciones cognitivas tradicionales. Tanto estas, como las tradicionales, como si de fórmulas magistrales se tratara, unidas con las estrategias conductuales, cubren casi la totalidad de los problemas psicológicos infantiles, como queda patente en los manuales de intervención infantil (Caballo y Simón, 2002; Kendall, 2012).

Los tratamientos cognitivo-conductuales han conseguido incluir de esta forma los aspectos cognitivos y emocionales más complejos. Además los estudios de eficacia en tratamientos infanto-juvenil han resultado fundamentales, ya que han permitido superar tradiciones clínicas que se venían practicando, y que carecían de datos empíricos.

2.2.4. Limitaciones de la aproximación terapéutica cognitivo conductual

El modelo cognitivo intenta explicar los problemas psicológicos, a través de estructuras cognitivas que resultan tautológicas, mentalistas, reduccionistas, simplistas y alejadas de las leyes que regulan el comportamiento humano (Luciano, 1997; Pérez-Álvarez, 1999). Además, en el campo infanto-juvenil existe gran confusión a la hora de aclarar si las alteraciones del sistema cognitivo son debidas a procesos de aprendizaje o a factores internos de procesamiento de la información. Con relación a esto, Bandura (1966) señala que la formación de habilidades cognitivas, va a depender de la experiencia dada desde la infancia poniendo un gran

énfasis en el contexto. El propio autor se contradice en sus escritos, basta con leer su obra, para poder apreciar sus contradicciones.

El modelo cognitivo, pone el énfasis en la existencia de creencias disfuncionales (constructos hipotéticos no verificables) como la causa de las alteraciones conductuales, estableciendo relaciones causales entre procesos internos y la alteración de la conducta, confundiendo correlaciones entre pensamientos, sentimientos y conducta con relaciones causales (Hayes y cols., 1999; Wilson y Luciano; 2002; Hayes y cols., 1996, Gaudiano, 2010). Además, la aproximación cognitiva pone el énfasis en la valoración de la conducta en términos de topografía más que en las funciones de la misma (Luciano, 1997; McMahon, 1987; Zaldívar, 1998). Los criterios diagnósticos se ajustan a los modelos formales y los procedimientos de evaluación son largos. Así, aún cuando se presenten como diferentes las estrategias utilizadas en distintos tratamientos un análisis detallado lleva a la conclusión de que siguen siendo las mismas, pero con diferente nombre. En la siguiente tabla se exponen tratamientos cognitivos conductuales formulados para diferentes diagnósticos, compuestos por las estrategias antes señaladas.

Tabla 9 Ejemplos de tratamientos cognitivo-conductuales recomendados por la Asociación de Psicólogos Americanos para niños y adolescentes.

The coping cat (Kendall y cols., 2002, 2006)
Terapia de efectividad social (SET-C, Beidel y cols., 2005)
Penn Programa de Prevención (PPP; Gillham y cols., 2007)
Programa de salud mental racional-emotiva (Knaus, W., 1974, 1993)
Ayudar a los niños no cumplen las normas (McMahon, R. J., y Forehand R., 2003)
Triple P (Sanders y cols., 2000)
Los años increíbles (Webster-Stratton y cols., 2004).
RECAP (Weiss y cols., 2003)
First Step for Exit (Hamilton y MacQuiddy, 1984).

Otra de las limitaciones que presenta el modelo terapéutico cognitivo-conductual, es la supuesta eficacia de las estrategias multicomponente. Existen estudios que han comprobado que los efectos de la terapia cognitiva-conductual se dan cuando se aplican los componentes conductuales, señalando que los cambios son debidos a las estrategias basadas en la modificación de conducta y se dan antes de que se apliquen los componentes cognitivos (Jacobson y cols., 1996; Hofman, 2008; Hofman y Asmundson, 2008; Öst, 2008, Moran, 2008 y Gaudiano, 2009). Cabe también señalar que faltan estudios por componentes en la aplicación de tratamientos

cognitivos-conductuales, que den luz sobre si la combinación de diferentes operaciones cognitivas es una estrategia útil, frente a la aplicación de determinados componentes de forma aislada.

Sirva como ejemplo los estudios en depresión infantil, dónde se ha visto como tanto el entrenamiento en habilidades sociales, como en reestructuración cognitiva producen mejoras en la reducción de síntomas (Butler y cols., 1980) y el entrenamiento en habilidades sociales produce mejoras significativas en depresión con adolescentes (Reed, 1994; Fine y cols., 1991) de forma aislada. Quedan pendientes por tanto estudios que señalen que la inclusión de un mayor número de componentes provoca mejoras a nivel tanto cuantitativo como cualitativo.

La impresión que se extrae, es que falta, por parte de los investigadores, un esfuerzo por definir y estudiar con más profundidad las mejores estrategias, más que seguir una estrategia de “más es más”. Sobre todo, es necesario, el uso de estrategias terapéuticas que estén estudiadas de forma aislada, así como en combinación de otras, lo que permitiría elegir tratamientos con el menor coste y con el mayor beneficio, sobre todo en el contexto de salud pública donde existe una escasez de recursos.

Muchos estudios señalan que la principales técnicas cognitivas, como reestructuración, parada del pensamiento, control de las emociones o imaginación de escenas emotivas agradables, son técnicas que se han considerado estrategias dirigidas al control de los eventos privados, estrategias que si bien logran un cambio a corto plazo no son estrategias eficaces para producir cambios conductuales a largo plazo (Hayes y cols., 1999; Luoma y cols., 2007).

De modo que, en la medida que la terapia cognitiva fomenta el “pensamiento sobre el pensamiento” (Beck, 1976; Ellis y Grieger, 1981), y esto puede contribuir a fomentar estrategias de mayor control cognitivo y emocional en un periodo tan delicado como la infancia y la adolescencia, es necesario hacer un buen uso de las herramientas, que no propicien el agravamiento en los síntomas del paciente ya que las técnicas usadas por la terapia cognitiva, pueden incrementar la hiperreflexividad

de determinados trastornos que comienzan en la adolescencia (Pérez Álvarez y cols., 2012).

Debido a que tanto el modelo conductual, como el cognitivo presentan limitaciones en la conceptualización y abordaje de problemas psicológicos, se va a exponer la aproximación cognitivo-conductual contextual como visión que aúna la aproximación anterior sumando los últimos avances en técnicas psicoterapéuticas.

En la siguiente tabla se sintetizan los presupuestos a nivel de mecanismos explicativos de los trastornos psicológicos, para las diferentes aproximaciones teóricas que se han presentado. El modelo cognitivo conductual contextual promueve otra visión alternativa, que suma los esfuerzos hallados por las aproximaciones señaladas.

Tabla 10. Aproximación a los problemas psicológicos desde diferentes aproximaciones.

ENFOQUE	ENTIENDE LOS PROBLEMAS	SOLUCIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS	TRATAMIENTO
CONDUCTUAL	Causas ambientales y de aprendizaje	Cambio de la cadena de interacción problemática	Análisis funcional e ideográfica	Observación y registro de conductas	Técnicas de modificación de conducta Manejo directo de contingencias
COGNITIVO	Problemas en el procesamiento de la información Percibir el mundo	Cambiar el modo en que se percibe el mundo y corregir errores cognitivos.	Categorial	Observación Autoobservación Cuestionarios y escalas Tareas de ordenador	Cambio de pensamientos y emociones. Reestructuración cognitiva

2.3. Resumen.

En resumen se recoge que la aproximación conductual y la cognitivo-conductual presentan limitaciones a la hora de explicar y tratar la complejidad de los problemas psicológicos infanto-juveniles. El abordaje conductual presentan límites a la hora de explicar y abordar fenómenos complejos, ya que debido a su mecanicismo se ha olvidado de aspectos más humanos como la empatía, las emociones y el sentido de la vida. No obstante hay que reconocer el gran legado que proporciona con el análisis funcional de la conducta, como sistema alternativo a la clasificación

categorial al uso.

La aproximación cognitivo-conductual, se erige como alternativa que avanza pero muestra también limitaciones. Es sin duda la que mas datos de eficacia aporta, pero se puede destacar que entre sus limitaciones están los largos protocolos de actuación sobre los que está basado, y la falta de explicación de los componentes de terapia que se han mostrado eficaces. Además se observa que diferentes tratamientos cognitivo-conductuales en la población infantil, como se ha explicado no son nada más que estrategias conductuales con diferente nombre, cuyos componentes clínicos no han sido lo suficientemente estudiados. El giro dado dentro de la psicología en los años 70 y 80 hacia lo cognitivo-conductual en el campo clínico centra los esfuerzos en hallar el origen de los trastornos en el interior del individuo, obviando los aspectos sociales, fomentando al mismo tiempo una actitud pasiva en los pacientes.

Debido a dichas limitaciones, desde los años 90 comienzan a surgir una nueva oleada de terapias que acumulan los datos de diferentes aproximaciones teóricas, arrojando datos empíricos muy importantes, superando y abriendo nuevas posibilidades de las terapias conductuales y cognitivo conductuales (Hayes y cols, 2011). La nueva aproximación de terapia que surge como una alternativa fuerte, empíricamente validada y que se ajusta a las leyes del comportamiento, son las denominadas terapias cognitivo-conductual contextuales. No se trata nada más que de una nueva denominación de terapia que incluye todos los presupuestos teóricos de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales introduciendo los avances científicos encontrados a nivel de estrategias clínicas de mindfulness y aceptación, junto con estudios centrados en el lenguaje y la cognición (Hayes y cols., 2001).

Capítulo 3.

3.-Terapias Cognitivo-Conductual Contextuales.

3.1.-Introducción.

En este capítulo se van a revisar las principales aproximaciones teórico-terapéuticas que se acogen bajo la denominación de cognitivo-conductual contextual. Se ahondará sobre ellas, revelando los datos que avalan su uso a nivel asistencial. Al mismo tiempo se hará un repaso sobre sus principios, para destacar las diferencias esenciales con la aproximación cognitivo-conductual y conductual.

Debido a que existen diferentes escuelas de terapia dentro de las cognitivo-conductuales contextuales, la exposición se va a centrar sobre todo en la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítico Funcional por ser las principales aproximaciones utilizadas en la construcción del protocolo asistencial. Se expondrá la alternativa de conceptualización a los trastornos mentales, en la figura de Inflexibilidad Psicológica, dimensión compuesta por seis procesos psicopatológicos que se han encontrado en diferentes trastornos. Por último se expondrán los datos relativos a estudios clínicos sobre la aproximación cognitivo conductual contextual en población infanto-juvenil, como punto de partida en la construcción de un protocolo de intervención para adolescentes con problemas emocionales y psicológicos.

3.2.- Terapias Cognitivo-Conductual Contextuales.

Las terapias contextuales, terapias contextuales cognitivo-conductual, o de tercera generación (términos utilizables indistintamente) aparecen en el campo clínico debido al descontento que existía tanto con los modelos conductuales tradicionales como con los modelos cognitivo-conductuales.

El descontento que existe ante la rigidez de los modelos conductuales, la

crítica feroz que se hace a los modelos menos empíricos (terapia familiar, Gestalt, psicoanálisis...), la ineficacia de los modelos cognitivo-conductuales a la hora de explicar ciertos mecanismos psicopatológicos y la aparición de estrategias clínicas basadas en la promoción del aquí y ahora y de la aceptación, dan lugar a la aparición de modelos explicativos contextuales. Estos modelos superan las limitaciones tanto de las aproximaciones empíricamente validadas del conductismo y cognitivismo, como de otras con menos tradición empírica como las humanistas, sistémicas o psicoanalistas (Hayes, 2004; Linehan, 1993a,b; Pérez Álvarez, 2012b, Hayes y cols., 2011).

Las terapias cognitivo conductuales contextuales están dentro de un movimiento denominado “análisis clínico de la conducta” y representa una corriente que va desde el cognitivismo hacia formas radicales del conductismo y otras formas del conductismo (Dougher, 2011). Entre las terapias contextuales están la Acceptance Commitment Therapy (ACT; Hayes, Stroschal, y Wilson, 1999), Functional Analytic Psychotherapy (FAP, Kohlenberg y Tsai, 1991), Dialectical Behavioral Therapy (DBT, Linehan 1993a,b), Behavioral Activation (BA; Jacobson, Martell, y Dimidjian, 2001), Integrative Behavioral Couples Therapy (IBCT; Jacobson, Chirstesen, Prince, Cordova, y Eldridge, 2000) y Mindfulness Based Therapy (MBT; Segal, Williams, Teasdale, 2002).

Puesto que ACT y PAF son las principales perspectivas terapéuticas sobre las que se asienta el protocolo asistencial implementado en la práctica clínica habitual, se presentan brevemente junto con las demás terapias contextuales, para más tarde, pasar a explicarlas con más profundidad. Ambas terapias señalan como imprescindible la aceptación incondicional del paciente, como ya lo hiciera Rogers (1997).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) desarrollada por S. Hayes es la que está siendo más estudiada. Está basada en la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) una teoría psicológica del lenguaje humano y la cognición. Con base filosófica en el contextualismo funcional, la TMR explora como las personas aprenden el lenguaje en las

interacciones, así como, ayuda a comprender como se forman los pensamientos, recuerdos y emociones y las funciones que ellos tienen a nivel interpersonal. El contextualismo funcional es, de hecho, una extensión del conductismo radical de Skinner, el cual explica la emergencia de comportamientos lingüísticos complejos tales como la empatía, toma de perspectiva y el self (Hayes y cols., 2001).

La Functional Analytic Psychotherapy (FAP) es desarrollada por Kohlenberg y Tsai basada en el análisis de conducta, y en el contextualismo funcional sigue los principios del conductismo radical de Skinner (Kohlenberg y Tsai, 1991). FAP se centra en las interacciones terapeuta-paciente en sesión, sobre las que se desarrolla un análisis funcional y una clasificación de las conductas clínicamente relevantes. FAP asume, creando condiciones para ello, que la sesión terapéutica puede convertirse en un contexto equivalente funcionalmente a las situaciones de la vida diaria del paciente fuera de consulta. La relación clínica podría ser la condición y el contexto natural del cambio terapéutico, implicando relaciones terapéuticas intensas. FAP es un buen ejemplo de cómo se han trasladado los principios teóricos y de investigación a la práctica (Weeks, Kanter, Bonow, Landes y Busch, 2012).

La Dialectical Behavioral Therapy (DBT) es desarrollada por Linehan para aplicarla a Trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993a, b) aunque también ha sido aplicada a otros trastornos. Esta terapia implica una dialéctica entre la aceptación y el cambio. La aceptación en DBT implica una continua validación de emociones y conductas por parte del terapeuta hacia la paciente límite, que está caracterizada por una continua disregulación emocional. La terapia se lleva a cabo en un contexto de aceptación y validación, desarrollando habilidades para el manejo de emociones. La aplicación de DBT se da en formato individual y grupal, y ha mostrado ser un tratamiento bien establecidos para los trastorno de personalidad múltiple (Soler y cols., 2012).

La Behavioral Activation (BE) emerge del análisis de los ingredientes de la terapia cognitiva para la depresión, después de demostrar que los componentes de activación conductual solos, son igual de eficaces, que el programa completo (Jacobson y cols., 1996).

La Integrative Behavioral Couples Therapy (IBCT) ha sido desarrollada también por Jacobson, autor de Behavioral Activation, incluyendo además de los componentes conductuales de su primera formulación de terapia de pareja, ingredientes basados en la aceptación y comprensión empática (Christensen y Jacobson, 1998; Jacobson y cols, 2000).

La Mindfulness-Based Therapy (MBT) es una aproximación terapéutica derivada de algunas prácticas de filosofías orientales, que implica centrar la atención en el momento presente, incluyendo pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas y otros eventos psicológicos privados, así como el medio externo, sin juzgar ni analizar, adoptando una actitud de curiosidad y aceptación (Bishop y cols., 2004). La filosofía y técnicas basadas en mindfulness han mostrado su eficacia en ansiedad y depresión (Hofmann, Sawyer, Witt, y Oh, 2010) así como, ha mostrado sus efectos saludables psicológicos (Keng, Smoski y Robins, 2011). La Mindfulness ha sido integrada en FAP, ACT y DBT.

Derivadas de estas, se han generado otras terapias basadas en el contextualismo funcional que tienen su aplicación exclusivamente en el campo infanto-juvenil como son la Terapia de desactivación Modal y la Terapia Integrativa familiar. La primera de ellas, (Mode Deactivation Therapy, MDT) surge recientemente (Apsche, Ward y Evile, 2003) como una terapia de corte cognitivista con influencias de FAP, de DBT y fundamentalmente, de la Teoría Modal de Beck (Apsche, Ward y Evile, 2003; Houston, Apsche y Bass, 2007). Ha sido concebida para el tratamiento de adolescentes con graves trastornos emocionales y de conducta. Jóvenes con largas historias de abuso emocional, físico y/o sexual y que son muy agresivos, abusadores, y que pueden ser vistos como “delincuentes” en algunos aspectos. Los autores señalan que la aplicación de la terapia implica una mejora en la flexibilidad psicológica del paciente, promoviendo la aceptación y el manejo de conductas clínicamente relevantes. La segunda de ellas la Terapia integrativa familiar (Integrative Family Therapy, IFT), según sus autores (Greco y Eifert, 2004), surge de la influencia de la ICBT y de ACT. En ella se integran estrategias de aceptación dentro de una terapia familiar centrada en los valores, balanceando la aceptación y el cambio de conductas. Se usan métodos para promocionar la

aceptación como: el entrenamiento en mindfulness (ejercicios de fisicalización, meditación mindfulness), el uso de interacciones clínicas típicas de ACT, etc. Es una terapia que aún no cuenta con evidencia empírica, pero que está comenzando a ser considerada como una alternativa factible para familias en conflicto y para adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante.

Recopilando la información dada hasta el momento, se puede señalar que las terapias cognitivo conductuales contextuales presentadas, basadas la mayoría de ellas en un modelo filosófico de la ciencia contextual (post-modernista y constructivista), aportan una nueva visión psicopatológica de los trastornos, así como, ofrecen una serie de innovaciones clínicas en cuanto a los procedimientos terapéuticos.

Según el enfoque cognitivo conductual contextual los trastornos surgen debido a la interacción entre factores psicológicos del individuo situacionales e históricos. Los problemas no están sólo dentro de procesos biológicos o psicológicos sino que es a través de la interacción de procesos contextuales, y funcionales (la función que cumplen los pensamientos y emociones) los que van a dar explicación de los trastornos (Hayes, 2004; Hayes y cols., 2011, Pérez-Álvarez, 2012). Cuando ante pensamientos, emociones, sensaciones (eventos privados) la persona reacciona evitando, dando lugar a comportamientos inflexibles de evitación y aislamiento, este es el proceso señalado por el modelo contextual como problemático. Por lo tanto, el proceso de evitación junto con el de fusión del propio pensamiento es el proceso psicopatológico a alterar. La fusión de pensamientos significa que una persona se comporta ante el pensamiento como si fuese una realidad en lugar de ser algo simbólico.

Frente a otros modelos psicológicos, biológicos o cerebrales, el contextualismo funcional considera que no existe un solo mecanismo causal que pueda explicar los trastornos psicológicos, sino que los mecanismos que explican la cognición y el lenguaje son los que también explican los trastornos. Esto se enlaza con la idea expresada por varios autores como normalidad destructiva (Hayes y cols. 1999, Dougher, 2000; Hayes y cols., 2012, Pérez Álvarez, 2012) con una clara referencia a que lo normal es la existencia de patología psicológica en los seres humanos,

apoyándose para dicha afirmación en los altos índices de prevalencia e incidencia de patología.

El modelo cognitivo conductual contextual, sobre el que se basan las terapias que se van a exponer a continuación, entiende, que el tratamiento tiene que estar dirigido a no evitar y romper la credibilidad no útil de los pensamientos y creencias, con el fin de aumentar los horizontes de la vida de la persona, es decir, el tratamiento está basado en procesos de aceptación y activación, con el fin de re-orientar a la persona a su vida (Hayes y cols., 1999, 2011; Luciano y Valdivia, 2009; Pérez-Álvarez, 2012).

Por lo tanto, las implicaciones del modelo contextual a la hora de dar una explicación de los trastornos mentales, así como a la hora de plantear alternativas de tratamiento, son diferentes a los modelos psicológicos cognitivos conductuales como se puede apreciar en la tabla resumen 11.

Tabla 11. Resumen de los principios del modelo cognitivo-conductual y el modelo cognitivo conductual contextual.

	Modelo Cognitivo-Conductual	Modelo Cognitivo-Conductual Contextual
	Psicológico (Terapia Cognitiva)	Psicológico (Terapia de conducta de tercera generación)
Explicación Teórica	Explicación psicológica intrapsíquica (procesos y estructuras cognitivas)	Explicación interacción psicológica (funcional y contextual)
Mecanismo Causal	“Fallo Interno” Disfunción cognitiva (pe: esquemas depresivos, personalidad paranoide...)	No existe un mecanismo Posible condición humana Normalidad Destructiva
Tratamiento	Técnicas específicas (terapia cognitiva para la depresión...)	Principios generales Aceptación y Activación
Criterio de eficacia	Reducción de síntomas	Logros positivos (Se expande el horizonte de la persona).

Modificada de Pérez-Álvarez, 2012b.

Dentro del mecanismo causal de los trastornos psicológicos, que plantea los modelos cognitivo-conductuales contextuales tiene que ver la inflexibilidad psicológica o evitación experiencial, proceso psicopatológico que da cuenta de la aparición y mantenimiento de los trastornos psiquiátricos. La aparición de esta figura

psicopatológica además de abrir nuevas posibilidades teóricas abre caminos estratégicos de intervención que son de gran utilidad en la práctica clínica, ya que supera muchos de los inconvenientes señalados en el capítulo primero. Nos detenemos en este aspecto, ya que el protocolo asistencial está centrado en romper dicha inflexibilidad a través de la promoción de procesos opuestos.

3.3.- Inflexibilidad psicológica.

Los modelos contextuales de terapia, ofrecen una dimensión funcional contextual, alternativa de transdiagnóstico a los establecidos en los sistemas de clasificación al uso. La alternativa ofrecida por estos modelos es radicalmente diferente a los sistemas de clasificación DSM-IV. La naturaleza radical consiste en identificar procesos comunes que están a la raíz de diferentes trastornos y proponen un concepto unificado de la condición psicopatológica (Pérez-Álvarez, 2012).

El concepto propuesto por ACT y acogido más tarde por otras aproximaciones contextual, denominado inflexibilidad psicológica (Hayes, Levin, Plum-Villardaga, Villate y Pistorello, en prensa; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, y Lillis, 2006) se refiere a una dimensión funcional común a la etiología y factores de mantenimiento de diferentes trastornos, en la línea de otras propuestas de transdiagnóstico con énfasis en la auto-atención (Harvey, Watkins, Mansell, y Shafran, 2008; Ingram, 1990) o la hiperreflexibilidad como un concepto más inclusivo (Pérez-Álvarez, 2008, 2012b).

La inflexibilidad psicológica o evitación experiencial puede ser entendida como un enredo intensificado con las propias experiencias, emociones, pensamientos de uno mismo que le impiden contactar con la realidad y que alejan a la persona de estar implicado en los asuntos importantes de la vida. La inflexibilidad psicológica se refiere a una serie de procesos (acciones, reacciones, y experiencias) que implican un estrechamiento del repertorio conductual de la persona. Los procesos que caracterizan la inflexibilidad psicológica son seis (Hayes, y cols., 2006; 2011): fusión cognitiva, evitación experiencial, pérdida de un contacto flexible con el ahora (momento presente), apego a una conceptualización del yo rígida, problemas de

valores, inacción, impulsividad y evitación persistente.

Fusión Cognitiva: significa que se toman los pensamientos de forma literal, como si fuesen hechos a los que responder. Los procesos cognitivo-verbales dominan la regulación conductual eliminando otras fuentes de control como las contingencias naturales. Hay una excesiva confianza o credibilidad de las reglas verbales o insensibilidad a las contingencias. Por ejemplo, se van a reír de mí, por lo que será mejor no asistir a la fiesta, es tomado tan literal, cierto, que se reacciona aislándose y no poniéndose en la posibilidad de poder descubrir que en la fiesta puedan ocurrir otras cosas diferentes al reírse los demás de él. Uno se “fusiona” con lo que piensa o se dice a uno mismo, en detrimento de considerar como las cosas son realmente. Más bien que cuestionar la racionalidad de los pensamientos, como la terapia cognitiva podría hacer, ACT promueve establecer contacto con los procesos que están a la base del pensamiento, no analizando ni juzgando los pensamientos, y tomando los pensamientos nada más que como lo que son, pensamientos.

Evitación experiencial: es la tendencia a escapar o evitar los eventos privados aversivos tales como pensamientos, emociones, sensaciones corporales o recuerdos aún cuando esto vaya en perjuicio de uno mismo (consiguiendo más malestar). La naturaleza relacional del lenguaje y la cognición humana hace posible que se pueda categorizar, evaluar e intentar escapar de las respuestas emocionales, por lo que la evitación refuerza de forma negativa la intensidad y persistencia, restringiendo de forma flexible y efectiva el comportamiento. La alternativa a la evitación es la aceptación, entendida como una actitud abierta, responsable y flexible con respecto a la experiencia humana del momento. La aceptación no es resignación o resistencia pasiva, es más bien una acción positiva, proactiva que cambia la función de los eventos evitados, a la misma vez que se centra el foco, de una forma curiosa y con interés, de cualquier experiencia que traiga la vida, viviendo cada uno de los momentos presentes.

Pérdida del contacto con el momento presente: es la consecuencia de la fusión y la evitación experiencial, consistente en estar liado con el pasado y el futuro. Este enredo, hace que uno no esté en contacto con las contingencias del momento

presente. Las terapias contextuales por tanto promueven observar el funcionamiento de la mente, observando, describiendo y sin juicio, como una forma de poder centrarse en el presente, y poder conseguir que la persona deje de liarse con sus propios eventos psicológicos dejando de controlarlos, y mostrando una actitud más abierta y flexible.

Apego al yo contenido: se refiere a las historias evaluativas que se han aprendido del contexto socio-verbal sobre lo que somos, e implica una fusión con cada uno de los contenidos sin tener la posibilidad de poder tener perspectiva ni distancia sobre dichas categorías verbales. Tal apego fusionado impide que la persona contacte con un aspecto del Yo más trascendente. Tanto ACT, PAF y DBT promueven cierto distanciamiento y toma de perspectiva del yo. En el caso de ACT el yo con capacidad de toma de perspectiva se denomina Yo-como-contexto que es diferente del yo-como-contenido que hace referencia a las historias auto-contadas. El Yo-como-contexto es fortalecido, promovido a través de metáforas, ejercicios experienciales, y ejercicios de mindfulness.

Problemas con la clarificación de valores: los valores hacen referencia a caminos o direcciones importantes para la persona y que dan significado a su vida. Los valores “son elegidos libremente y se trata de consecuencias verbales construidas verbalmente que son dinámicas, están en marcha y que implican patrones de actividad, y que establecen fuentes de reforzamiento a través de la actividad que es intrínseca y que están implicada en el valor” (Wilson, Sandoz, Kitchens, y Roberts, 2010).

Inacción, impulsividad y persistencia en la evitación: son la consecuencia de los procesos señalados. Lo contrario es un compromiso de actuar en dirección a valores, lo que refleja la esencia y nombre de ACT (-actuar-).

El patrón de inflexibilidad psicológica, consistente en los procesos señalados, están formado por numerosas respuestas con la misma función: controlar el malestar y los eventos privados así como las condiciones que lo generan, liando a la persona con sus eventos psicológicos y alejándola de su vida. Por lo que procesos

terapéuticos dirigidos a romper la fusión de la persona con sus eventos psicológicos problemáticos (romper el enredo de sí mismo, hiperreflexión o autoatención) y fomentar las direcciones valiosas de su vida son, movimientos terapéuticos imprescindibles para ACT.

El patrón de inflexibilidad psicológica se convierte en problemático, cuando se vuelve inflexible y afecta a la vida del niño, llevando a éste a ejecutar muchos comportamientos para evitar que aparezca el malestar y comprometiéndose en acciones que lo alejen de él, consiguiendo de forma paradójica que lo aparte de una vida llena de vitalidad.

El patrón de inflexibilidad psicológica se ha encontrado en trastornos afectivos, ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos del control de impulsos, síntomas psicóticos, estrés postraumático, trastorno límite de personalidad, afrontamiento de enfermedades y juega un importante papel en el dolor crónico. Además está relacionado con las recaídas en terapia, con estilos parentales, con estrés en el trabajo, prejuicios, estigma, salud mental y rendimiento en el trabajo. (Hayes, y cols., 1999; Luciano y Hayes, 2001; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2004; Ruiz-Jiménez, 2010; Bond y cols., 2011).

En adolescentes el patrón de inflexibilidad psicológica se relaciona con medidas de depresión, autolesiones e intentos de suicidio, ansiedad, conductas impulsivas de consumo de drogas, relaciones sexuales de riesgo, trastornos alimentarios, e índices de salud mental en general (Cheron y cols, 2009).

3.4.- Promoción de la aceptación, mindfulness, valores y acción: un camino hacia la flexibilidad psicológica.

El modelo cognitivo-conductual contextual es acumulativo, utilizando las estrategias cognitivas y conductuales, señaladas anteriormente, para la promoción de la vida del paciente. Por lo que la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades sociales serán estrategias a utilizar, siempre coordinadas en un proyecto de tratamiento o bajo la clarificación de valores. Es decir, se usará un programa de

entrenamiento en habilidades sociales o ensayo de conducta, cuando con el paciente se haya evaluado que una de los valores importantes para él son las relaciones sociales.

Las terapias cognitivo conductuales contextuales, están caracterizadas no por el uso de un conjunto de técnicas sino por el uso de procesos terapéuticos. Todas ellas buscan el aumento de la flexibilidad psicológica, más que la reducción de síntomas, lo que puede ser secundario a los cambios que se promueven. Las terapias cognitivo-conductuales contextuales van buscando cambiar el contexto y función de los “síntomas” más que el contenido y la forma de los mismos.

Tanto para ACT como para las Terapias basadas en Mindfulness, se busca cambiar el contexto desde el que se experimentan los eventos privados problemáticos, pasando de la fusión del yo contenido, a que los eventos se vean desde el yo contexto, cambiando la función de dichos eventos. Se intenta promover que los pensamientos son simplemente pensamientos, potenciando una visión no crítica y desapegada de los pensamientos. Para que dicho cambio se produzca se busca el distanciamiento, es decir pasar de la fusión a la defusión de la confusión de valores a la clarificación de los mismos, de la inflexibilidad a la flexibilidad. Y tanto DBT y FAP, incluyen principios equivalentes añadiendo a estos principios, la importancia de la relación interpersonal característica de la terapia como un contexto en el que se generen experiencias correctivas.

El modelo de salud que se deriva de las terapias contextuales en relación a los procesos psicopatológicos, especificados por ACT se pueden apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 12. Procesos de inflexibilidad psicológica y procesos alternativos de flexibilidad psicológica saludables y terapéuticos.

Procesos de Inflexibilidad Psicológica	Procesos alternativos de flexibilidad psicológica saludables y terapéuticos
Fusión Cognitiva. Evitación experiencial. Dominancia de la conceptualización del pasado y futuro. débil auto-conocimiento. Apego al yo contenido. Deterioro de claridad de valores. Inacción, impulsividad y evitación de persistencia.	Defusión Aceptación. Contacto con el momento presente. /Mindfulness Yo como contexto. Clarificación de valores. Acción comprometida.

Fuente: Pérez-Álvarez, 2012b

Los seis procesos unificados por ACT, convergen en dos principios terapéuticos, procesos de aceptación y mindfulness (defusión, aceptación, contacto con el presente, yo como contexto) y procesos de acción, compromiso y cambio (referidos a clarificación de valores, contacto con el presente y yo como contexto). Estos procesos no son exclusivos de ACT, sino que han sido reformulados a nivel teórico por autores de dicha aproximación, pero son procesos compartidos por los demás enfoques terapéuticos contextuales.

Por tanto las terapias cognitivo-conductuales contextuales buscan promover la aceptación y clarificación de valores, cambiando la función de los eventos psicológicos problemáticos a través de múltiples ejercicios, metáforas y paradojas. Dichos enfoques busca el cambio de función de las experiencias internas que “lían” y desvían a la persona de su camino y la función de PAF enriquece esto, creando una relación basada en la aceptación, generando un contexto de cambio dónde el principal vehículo es la relación terapéutica (Pérez-Álvarez, 2012).

ACT se centra en el cambio de la relación que la persona establece con sus propias experiencias problemáticas y la promoción de valores. PAF se centra en generar un contexto interpersonal de aceptación y cambio en la relación. Ambas cuenta con un gran número de estudios de investigación centrados por un lado en el estudio de componentes de tratamiento (Hayes y cols., 2011, Ruiz-Jiménez, 2010) así como estudios que señalan la importancia de la perspectiva FAP a la hora de generar relaciones terapéuticas eficaces potenciando el uso conjunto con otras perspectivas teóricas (Tsai, Kholenberg y Kanter, 2010).

ACT es la terapia dónde se han realizado más estudios y que cuenta con mayor aval científico dentro de las terapias contextuales, y la PAF es la terapia centrada en la relación terapéutica de las terapias contextuales que tiene un desarrollo teórico muy ligado a la clínica y a la investigación.

Es por estas razones, por las que se va a profundizar más en ellas. No obstante, la DBT y TDM también cuentan con revisiones en el campo infanto-

juvenil, y si bien no es objetivo del presente trabajo profundizar en ellas por lo dicho ya, se puede revisar diferentes fuentes con el fin de poder ampliar el conocimiento sobre estas (Klein y Miller, 2011; Apsche y cols., 2010).

Debido a que el interés se centra en el análisis retrospectivo de la práctica asistencial de un protocolo cognitivo conductual contextual, se van a explicar los datos empíricos con los que cuenta las estrategias ACT y PAF, con el fin de verificar su utilidad y aplicabilidad en el campo infanto-juvenil.

3.4.1.- ACT, principios y evidencia empírica en infanto-juvenil.

Principios.

El principal objetivo de ACT es ayudar a romper el patrón rígido de conducta que caracteriza al trastorno por evitación experiencial, promoviendo la flexibilidad psicológica, ayudando a que la persona contacte con sus eventos privados, con el fin, de desarrollar repertorios de conducta más eficaces para la consecución de sus objetivos tanto en población adulta (Hayes y cols., 1999, Wilson y Luciano, 2002, Hayes y Strosahl, 2004) como infanto-juvenil (Greco y Hayes, 2008).

ACT, por tanto, plantea un giro radical a la hora de hacer terapia, ya que no trata de cambiar los eventos privados (pensamientos distorsionados, sentimientos negativos, atribuciones, expectativas, recuerdos dolorosos, etc.) que atascan o enredan la vida de la persona, sino persigue cambiar la función de los eventos privados psicológicos y generar flexibilidad en la regulación del comportamiento ante los mismos. Así la mayoría de los procedimientos que utiliza buscan cambiar el contexto en que se dan dichos eventos, con el fin de transformar las funciones de evitación y control sin detenerse en el cambio de los contenidos. ACT, busca generar condiciones en las que la persona, caiga en la cuenta de la inutilidad de sus comportamientos de control de los eventos privados en relación a los valores que tiene, potenciando la autonomía personal, y generando libertad en el individuo permitiéndole elegir entre sus eventos privados y el mismo, poniendo a la persona al mando de sus acciones.

El trabajo de ACT está orientado a romper el problema psicológico y provocar un ajuste a la vida del paciente. El objetivo del terapeuta ACT es que la persona camine por su vida, discriminando lo que puede y quiere cambiar y lo que no es objeto de cambio así como estar abierto o dispuesto a notar aquello que no le gusta con el compromiso de centrarse en sus valores. Se pretende enseñar al adolescente que aceptar el malestar de montarse en el metro dando cabida a los pensamientos que le indican que se pondrá nervioso, que le notarán el agobio los pasajeros, que le volverá a dar un ataque de pánico, es una puerta que le abrirá el camino a obtener el título de la ESO, y seguir compartiendo con sus amigos. A través de diferentes interacciones clínicas se pretende que transforme el dolor en algo valioso para lo que él quiere, en su vida.

ACT es por tanto una terapia que hace explícitas estrategias para analizar valores y ayudar a la persona a detectar qué quiere hacer con su vida así como incorpora estrategias que faciliten la apertura y el estar en disposición de los eventos privados desagradables y temidos, es decir estrategias de defusión y promoción del yo-como-contexto. Esto provoca, un cambio en el contexto verbal que altera las funciones de los eventos privados en un marco desde el cual el dolor de los mismos queda alterado en función de los valores de cada uno de los individuos.

Los métodos clínicos que utiliza ACT, algunos tomados de otras terapias, están re-fundados con base en la Teoría de los Marcos Relacionales y persiguen romper patrones rígidos inhabilitantes, a través de metáforas, paradojas y ejercicios experienciales (Hayes y cols. 1999, Hayes y cols., 2004; Wilson y Luciano, 2002).

Todas estas tácticas se dirigen a romper el patrón de inflexibilidad psicológica, a través de múltiples ejemplos con el objetivo de clarificar valores en la vida de la persona promoviendo habilidades de defusión y del yo como contexto (Ruiz, 2010; Luciano y cols., 2011). En el apartado de procedimiento se explicarán que habitualmente se usan en consulta y que se recogen de entre diferentes trabajos (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999, 2012; Wilson y Luciano, 2002; Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y cols., 2004; Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Hayes y Stroschal, 2004; Luciano, Rodríguez y

Gutiérrez, 2004; O'Hora y Barnes-Holmes, 2004; Luciano y cols., 2011; Ruiz, 2010).

Existe un gran cuerpo de datos que señalan a través de estudio de caso, correlacionales y estudios controlados, aplicados a diferentes problemas psicológicos que ACT es útil. La utilidad, eficacia y acierto en la aplicación de esta forma de hacer terapia han llevado a considerar ACT una terapia basada en evidencia empírica para trastornos obsesivos, trastornos depresivos, reducción de tasas de re-hospitalización en unidades de agudos de pacientes psicóticos tanto por la división 12 de la APA (División de tratamientos psicológicos eficaces de la Asociación Americana de Psicólogos, 2011) como el sistema nacional de Salud (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011).

No sólo hay evidencia para los trastornos indicados, sino que cuenta con gran evidencia en otros trastornos y áreas como se pueden encontrar en diferentes estudios de revisión en adultos (Ruiz, 2010; Gaudiano, 2009, 2010; Kahl y cols, 2011). En población infanto-juvenil, existe un cuerpo de datos que avala la aplicación de dicha filosofía y estrategias terapéuticas. Se revisan algunos de los estudios más relevantes que sirven de base para confirmar la aplicación en el contexto sanitario público infanto-juvenil.

Estudios de caso

Existen estudios de caso en población infantil y juvenil, en temáticas tan variadas como fobia social (Morris y Greco; 2002) fobia escolar (Heffner y cols; 2002), retraso mental y pensamientos obsesivos (Brown y Hooper., 2009), anorexia (Heffner y cols., 2002; **Martín-Murcia, Cangas y Pardo, 2011**) psicosis en adolescentes (Molina, Luciano, Gómez y Gómez, 1999; García-Montes y Pérez Álvarez., 2001; Hernández y cols., 2003) y dolor crónico (Wicksell y cols., 2005; Masuda y cols., 2011).

Estudios correlacionales El principal objetivo de los estudios correlacionales es establecer la asociación entre inflexibilidad psicológica y otros constructos

psicológicos. Muchos de los estudios en población infantil y adolescente han usado el AFQ-Y, medida de inflexibilidad psicológica (Greco y cols., 2008) y medidas derivadas del mismo como el cuestionario de dolor (CAPQ-A; Wallace y cols., 2011; McCracken y cols., 2010) para adolescentes, y medidas de evitación experiencial como el AAQ (Hayes y cols., 2006).

Los estudios revelan que las medidas de inflexibilidad psicológica en padres, guardan relación con la inflexibilidad psicológica de los hijos (Hayes y cols., 2006; Cheron y cols., 2009). En la tabla 13 se exponen los resultados más relevantes obtenidos, comprobándose que existe una alta relación entre la evitación experiencial y otras variables psicológicas significativas o importantes.

Tabla 13. Principales correlaciones entre inflexibilidad psicológica y otros constructos en población infanto-juvenil.

Autor	Constructo	Escalas	N	r
Venta y Hart (2012)	Ansiedad, Depresión y TDAH	CBCL / YSR	111	0,50
Fergus y cols. (2011)	Psicopatología	CBCL	502	0,60
Greco y cols., (2008)	Ansiedad	MASC	513	0,58
	Somatización	<i>CSI-SF</i>	675	0,45
	Calidad de vida	<i>YQOL-R</i>		0,30
	Funcionalidad	<i>SFS</i>		0,65
	Habilidades sociales y académicas	<i>SSRS-TF</i>		-0,15
	Mindfulness	<i>CAMM</i>		-0,53
	Control de emociones	<i>WBSI</i>		0,53
Masuda y cols. (2010)	Anorexia	<i>MAC-R</i>	414	-0,32
		<i>IRI-PD</i>		-0,46
		<i>GHQ-12</i>		-0,46
McCracken y cols. (2010)	Dolor	BAPQ	122	0,54
Wallace y cols. (2011)	Dolor	<i>FDI</i>	109	-0,63
		<i>CES-D</i>		-0,45
		<i>SCAS</i>		-0,34
		<i>CSES</i>		-0,74
Reddy y cols. (2006)	Evitación	FEQ	987	0,25
		DAS-21		0,27

Una revisión detallada de las correlaciones de inflexibilidad con el AFQ-Y, muestra asociación con medidas de ansiedad, depresión y TDAH (Venta y cols., 2012), estrés postraumático (Polusny y cols., 2011) y otras variables psicopatológicas (Fergus y cols., 2011). Se han hallado correlaciones altas también con ansiedad, síntomas somáticos, problemas de adaptación, calidad de vida, habilidades sociales y académicas, mindfulness (Greco y cols., 2008). Teniendo en cuenta la inflexibilidad medida a través del AAQ Masuda y cols (2010) han encontrado asociaciones de evitación con trastornos alimentarios como la anorexia, con dolor (McCracken y cols., 2010; Wallace y cols., 2011), y relaciones con el abuso psicológico realizado a niños y problemas de salud mental general (Reddy y cols., 2006).

Tabla 14. Correlaciones entre inflexibilidad psicológica en los padres y otros constructos.

Autor	Constructo	Escalas	N	r
Cheron y cols. (2009)	Evitación parental	CBCL	267	0,16;0,26
		DASS-21		0,24;0,31
		AAQ		0,52; 0,55
Greco y cols. (2005)	Evitación	PSS	66	0,30
		PSI-SF		0,55
		PCL-C		0,48
		SSS		-0,34
		EAS		0,25
Shea y Coyne (2009)	Evitación	DAS-21	144	0,32
		CBCL		0,19
		PSI-SF		0,46
		APQ-PR		0,18;0,24

En relación a los estudios que señalan asociaciones entre medidas de evitación y variables parentales, se encuentran fuertes asociaciones entre evitación y ansiedad y depresión en los padres y problemas de conducta en los niños (Cheron y cols., 2009). La inflexibilidad media entre problemas emocionales de los padres y prácticas inconsistentes y punitivas (Shea y Coyne, 2007) así como entre el ajuste materno en los primeros meses de vida de sus hijos (Greco y cols., 2005).

Estudios clínicos y de resultados

Se han desarrollado estudio de aplicaciones de ACT para problemas de conducta e impulsividad. Metzler y cols. (2000) llevan a cabo un estudio en el que introduce un protocolo de 5 sesiones basadas en ACT, obteniendo una reducción de los problemas de impulsividad, tanto en el post-tratamiento como en los seguimientos a los tres, seis y doce meses. Existe una gran adherencia de los participantes a los seguimientos, debido en parte a que cada sesión de intervención y seguimiento es pagada a los adolescentes. Los participantes son adolescentes que acuden a servicios de planificación familiar y educación sexual. No se evalúa si existen otros problemas de conducta o emocionales.

Sobre estos estudios, Gómez y cols (2009) llevan a cabo un estudio preliminar de un protocolo breve en ACT con 5 adolescentes con conducta antisocial y problemas legales. En el post-tratamiento y en los seguimientos existe un aumento del autocontrol y acciones dirigidas a valores. No obstante el estudio no está aún publicado.

Luciano y cols., (2009) en un estudio de naturaleza causi-experimental comprueban que con adolescentes impulsivos y con problemas de conducta, la exposición a un protocolo breve ACT de 5 sesiones, produce un aumento del autocontrol y acciones dirigidas a valores.

Derivado de este estudio, se ha realizado otro estudio en la actualidad, dónde se muestra como con población con problemas de conducta, una intervención breve dirigida a fomentar el Yo como Contexto (pe: ¿Te das cuenta de quién está teniendo

el pensamiento de tengo ansiedad? ¿Te das cuenta de quién está tomando aire?) provoca una reducción de conductas problemáticas e inflexibilidad psicológica frente a protocolos dirigidos al aumento de defusión de pensamientos (pe: imagina que pones el pensamiento de tengo ansiedad en un globo, imagina la sensación de dolor de tu mano como una mancha, ponle un color, imagina que tiene una textura). En este estudio se observa como existe una mejora en los problemas de impulsividad y de conducta, cuando se promueven interacciones terapéuticas que potencia el yo como contexto (Luciano y cols, 2011).

En adolescentes con depresión Hayes y cols., (2011) llevan a cabo un estudio controlado en un centro de salud mental ambulatorio dónde comparan la intervención ACT con una condición de tratamiento usual (TAU) en la que existe aplicación de estrategias de psicoeducación y cognitivas. En el estudio participaron 38 adolescentes derivados a los centro de salud mental con una edad media de 14.9 años (DT=2.55) con un 73,6% de la población en el rango de la depresión clínica. Los participantes ACT refieren menos síntomas de depresión que los adolescentes tratados con estrategias cognitivo-conductual, tanto a los tres como a los seis meses de seguimiento. Las limitaciones que presenta el estudio, son por una parte, la baja fiabilidad de la intervención en ACT, ya que un terapeuta ofrece por dos días entrenamiento en ACT a terapeutas con formaciones diversas y posteriormente no se asegura la evaluación del ajuste al protocolo. Y por otro no usa medidas de proceso, ni relacionadas con los procesos de ACT.

En dolor crónico infantil existe una alta evidencia de la aplicación de las estrategias AC (Robinson, Wicksell y Olsson., 2004; Asmundson, y Hadjistavropoulos., 2006; Kröner-Herwing., 2011).

Hay dos estudios controlados en la aplicación de ACT en dolor, (Wicksell y cols., 2007; Wicksell y cols., 2009) caracterizados por un gran rigor metodológico, y una gran excelencia en sus estudios. El segundo estudio de Wicksell y cols., (2009) basado en el anterior, compara la intervención ACT con el tratamiento usual que se lleva a cabo con dolor crónico en el contexto hospitalario, psicoeducación y amitriptilina (antidepresivo). La intervención ACT de 10 sesiones consigue una

mejor habilidad para relacionarse con el dolor, reducción de la intensidad del mismo y discomfort relacionado con este, y menor interferencia en la vida del paciente.

En la tabla 15 se puede observar un resumen de las principales características de los estudios clínicos con adolescentes.

Tabla 15. Resumen de estudios clínicos y de salud de ACT en niños y adolescentes.

Autor	Problema	Estudio	Comparación	Medidas	N	Sesiones	Seguimientos	Medidas de proceso
Metzler (2000)	Problemas de conductas de riesgo sexual	Experimental	-----	QHRSB SHDSS SSA ATCS	140	5	3 y 6 meses	Aceptación
Gómez (revisión)	Conducta antisocial	Cuasi-experimental	-----	Autocontrol	5	12 h		-----
Luciano (2009)	Problemas de conducta	Cuasi-experimental	-----	Problemas de conducta	8	4-5	4 meses	Aceptación
Luciano (2011)	Problemas de conducta	Cuasi-experimental	-----		15	5	2 semanas y 4 meses	Aceptación Mindfulness
Hayes (2011)	Depresión	Experimental	TAU	RADS-2 SDQ-S	38	17	3 y 6 meses	-----
Wicksell (2007)	Dolor Crónico	Experimental	-----					

3.4.2.- FAP, principios y evidencia empírica en infanto-juvenil.

Principios

La Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF) forma parte del movimiento denominado *Análisis de la Conducta Clínica*, así como de la tercera generación de la terapia de conducta (Fernández Parra y Ferro García, 2006). Su mayor aportación a la terapia de conducta tradicional, consiste en el uso de la relación terapéutica como una manera de promover el cambio en la conducta del paciente.

Hace que la propia relación entre el cliente y su terapeuta sea un proceso de cambio (Pérez Álvarez, 2004). Esto se consigue a través de un análisis individualizado de los problemas del paciente, especialmente los que ocurren durante la propia terapia, y la aplicación de intervenciones en vivo dentro de las sesiones de tratamiento (Kohlenberg y cols., 2002). Esta forma de actuar supone para la terapia de conducta una nueva manera de enfocar el proceso de tratamiento.

La terapia se basa en lo que hace y dice el cliente en la sesión terapéutica, lo que se denominan *conductas clínicamente relevantes* (Kohlenberg y Tsai, 1991). Un grupo muy importante son las *conductas problemáticas del cliente que ocurren durante la sesión*, cuya frecuencia se trata de disminuir. Estos problemas incluyen pensamientos, percepciones, sentimientos, visiones, recuerdos, etcétera, que para ser abordados adecuadamente, el terapeuta debe propiciar que ocurran dentro de la sesión de tratamiento. Otro grupo son las *mejorías en la conducta* del cliente que ocurren durante las sesiones terapéuticas, que se deben incrementar. Además, se pretende conseguir que el cliente realice *interpretaciones de su propia conducta y sus causas* desde la perspectiva analítico-funcional.

Los terapeutas deben aplicar adecuadamente cinco estrategias terapéuticas (Kohlenberg y Tsai, 1991): (1) detectar las conductas clínicamente relevantes que ocurren durante la sesión de tratamiento; (2) construir un ambiente terapéutico que haga posible la aparición de conductas problemáticas y permita desarrollar mejoras en la conducta del cliente; (3) reforzar positivamente de manera natural las mejoras conductuales del cliente; (4) detectar qué propiedades de su propia conducta son

reforzantes para el cliente; y (5) propiciar que el cliente desarrolle habilidades para analizar desde una perspectiva funcional la relación entre sus conductas y otros factores.

Desde la PAF se está trabajando en el análisis y tratamiento de la depresión, el trastorno por estrés post-traumático, los trastornos de personalidad, así como el abordaje de problemas de relación de parejas o aspectos psicológicos implicados en el dolor crónico. También se proponen desde esta terapia teorías explicativas sobre los trastornos a los que va dirigida, así como otros fenómenos psicológicos, como sucede con la formación del concepto de "uno mismo" (*self*) y sus problemas (Kohlenberg y Tsai, 2001).

Plantea la sesión terapéutica como un lugar en el que el cliente puede aprender nuevos patrones de pensamiento, construir mejores relaciones, expresar sus sentimientos y deseos de forma más adecuada, y comportarse de manera menos problemática.

Por tanto, la PAF es una terapia en sí misma, pero también un complemento para otras terapias conductuales y cognitivas (Fernández Parra y Ferro García, 2006). Sus principios pueden ser aplicados incluso por terapeutas de otras procedencias teóricas, lo que constituye una de sus mayores aportaciones a la integración de la psicoterapia. PAF ha mostrado su eficacia en diferentes trastornos, sola y junto con la aplicación de otras perspectivas teóricas en población adulta, puesto que no es el objetivo en este trabajo profundizar sobre la literatura de adultos, el lector interesado puede revisar trabajos realizados a tal efecto (Kanter, Tsai, Kohlenberg, 2010).

FAP va a ayudar a maximizar las oportunidades interpersonales para el desarrollo de la aceptación, ya que los terapeutas FAP son entrenados para desarrollar íntimas y relaciones terapéuticas de apoyo sus clientes y entonces aplicar reforzamiento de forma natural, social y genuino entre usuario y terapeuta de forma contingente en dirección a potenciar los repertorios funcionales de la persona en consulta (Tsai, Kohlenberg, y Kantor, 2010). La investigación sugiere que el entrenamiento en FAP puede mejorar en el terapeuta el uso de feedback dentro de las sesiones de tratamiento, y que los comportamientos del usuario reforzados por el

terapeuta FAP se generalicen a otros contextos fuera de consulta (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002).

ACT y PAF son particular y extraordinariamente compatibles y fáciles de conjugar ya que comparten la base teórica analítico funcional (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993). Igualmente ha mostrado sus posibilidades de integración con otras aproximaciones teóricas (Paul, Marx, Orsillo, 1999).

Estudios previos han señalado que estrategias basadas en la aceptación de eventos, con una relación que promueve la aceptación, produce mejoras a largo plazo (Gifford y cols, 2006, Carrico y cols, 2007). Además recientes hallazgos neurobiológicos indican que la aceptación y las relaciones de apoyo pueden tener implicaciones a nivel neuronal, ya que interacciones sociales constructivas contribuyen a mayor tolerancia del malestar emocional (Trafton y Guifford, 2010). Las interacciones sociales reforzantes, pueden reducir la reactividad a corto plazo de estímulos aversivos a través de alteraciones en circuitos dopaminérgicos en el núcleo accumbens y otros procesos neurobiológicos (Gifford, 2007; Trafton y Guifford, 2008).

Evidencia empírica en infante-juvenil

Hasta ahora se ha publicado una aplicación exitosa en el caso de un niño agresivo desafiante (Gosch y Vandenberghe, 2004). También se ha publicado un trabajo con dos estudios de caso de niños opositoristas desafiante (Vandenberghe y Basso, 2004). Por un lado, se trató a una niña de 3 años con llantos intensos y frecuentes, y conductas desafiante y agresivas, con un “Entrenamiento en Comunicación Funcional” y técnicas de FAP. Por otro lado, se describe el caso de un niño de 6 años que no aceptaba la muerte del padre, y que presentaba conductas problema equivalentes al caso anterior: desobediencia, se encerraba en su cuarto para obtener algo o escapar de alguna demanda, rechazaba los saludos, gritaba, etc. Se trató a través del juego con una intervención basada en técnicas de FAP. Los resultados en ambos casos fueron positivos.

Al día de hoy sólo existe un estudio experimental que constata la eficacia de integración de un tratamiento cognitivo-conductual para depresión en adolescentes

(CDW-A, Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops, & Seeley, 1999) más la aplicación de un tratamiento basado en FAP (Kohelenberg y Tsai, 1991), llevado a cabo por Gaynor y cols., (2000). El estudio se realiza con 10 pacientes los cuales presentan síntomas clínicos depresivos, agrupados en dos categorías con una mayor intensidad de síntomas afectivos y con menos intensidad. El tratamiento se lleva a cabo en un formato de terapia de grupo a lo largo de 16 sesiones, focalizadas estas en las relaciones entre los miembros del grupo entre sí y con el terapeuta con el fin de fomentar mejoría en sesión y reducir los comportamientos problemáticos. El estudio demuestra la eficacia de la integración de ambas aproximaciones teóricas, reduciendo las puntuaciones en los cuestionarios de depresión.

3.4.3.- Limitaciones de los estudios de ACT y FAP

A pesar de que la evidencia empírica que señala la indicación del uso de este tipo de estrategias terapéuticas son varias las incógnitas que aún permanecen. Una de las principales es determinar si dicha estrategias clínicas son trasladables al contexto sanitario público español.

Existe, además una falta de medidas y procedimientos que ayuden a entender el cambio clínico, basándose en los comportamientos relevantes que se dan en sesión y no sólo centrarse en medidas estadísticas. Es necesario incluir en los estudios medidas individuales en entrevistas con los adolescentes y padres, que señalen los cambios conductuales que traen a la persona a consulta. Puede ser útil centrarse en otras medidas además de las recogidas en los adolescentes.

Existe una falta en los estudios de población infanto-juvenil considerar si los cambios que se dan a nivel de resultados se dan también a nivel de procesos (Kazdin, 2007). Existe una falta de análisis de procesos mediadores de cambio.

Existen poca evidencia que señala la combinación de ACT y PAF, por lo que examinar el efecto que tiene potenciar la relación terapéutica a través de PAF ya que como han señalado otros estudios con estudios, PAF enriquece los tratamientos basados en terapias de apoyo, animando a la persona a través de la relación a aceptar estados internos facilitando un cambio de conducta constructivo (Gifford, y cols.,

2006; Carrico, Gifford y Moos, 2007) puede ser de utilidad para próximos estudios (Grawe, 2007; Kohlenberg y Tsai, 1991; Gifford, Kohlenberg, Hayes, Antonuccio, Piasecki y Rasmussen-Hall, 2004).

El presente estudio, debido al contexto de sanidad pública sobre el que se aplica una intervención asistencial basada en ACT y PAF, es una oportunidad para corroborar estudios anteriores así como una posibilidad para resolver algunos interrogantes relacionadas con la práctica clínica.

3.5.- Resumen.

En resumen se recoge que debido a las limitaciones de aproximaciones conductuales y cognitivo-conductuales, aparecen orientaciones de terapia que incluyen entre sus componentes terapéuticos la aceptación, mindfulness, activación conductual y valores ofrecen todas ellas una visión alternativa y menos estigmatizante de los problemas psicológicos.

El enfoque cognitivo-conductual contextual, está centrado en cambiar la función de los eventos psicológicos y emocionales, dicho de otro modo, está interesado en cambiar la relación que uno tiene consigo mismo, con sus pensamientos, deseos, y emociones (cambiar la lucha por la aceptación y compasión hacia uno mismo) al mismo tiempo que se centra en lo que es importante para su vida. Este cambio puede ser logrado a través de la aplicación de estrategias terapéuticas de ACT y PAF. Puesto que la evidencia señala la pertinencia de aplicación de dichas terapias, el análisis retrospectivo de las intervenciones grupales realizadas con adolescentes derivados a salud mental, sirve como dato de replicación así como ofrece una visión descriptiva de dicha aplicación. Un análisis de la práctica habitual va a servir como punto de partida para reflexionar sobre protocolos asistenciales grupales y la eficacia de los mismos.

Parte II. Estudio descriptivo retrospectivo

Capítulo 4.

4.- Objetivos, hipótesis, participantes y método.

4.1.- Introducción.

En este capítulo se ofrece una descripción de los fundamentos, objetivos e hipótesis de trabajo, participantes, diseño y otros aspectos referidos al estudio descriptivo. Todo ello contextualizado en el estudio descriptivo retrospectivo del protocolo asistencial aplicado en un centro de salud mental durante un año. Se analizarán los datos atendiendo a las principales variables de ansiedad, concentración, rendimiento académico, inflexibilidad psicológica y otras variables funcionales. La revisión estará centrada en el análisis de datos de dos grupos, grupo aceptación (grupo que recibe el tratamiento justo inmediatamente al llegar al centro de salud mental) y grupo de lista de espera (esperan cinco semanas) hasta recibir el tratamiento grupal.

4.2.- Objetivos de la investigación.

1. Valoración intervención cognitivo-conductual contextual de un protocolo asistencial de terapia de grupo breve en adolescentes con problemas emocionales y de conducta.

a. Análisis del efecto en variables principales: adherencia al protocolo, ansiedad rasgo-estado, concentración, rendimiento académico y altas terapéuticas.

b. Análisis del efecto en variables adicionales: inflexibilidad psicológica y áreas funcionales alteradas.

c. Análisis de cambios clínicos en variables principales y adicionales.

c. Estudio de la falta de adherencia terapéutica.

2. Identificar las principales medidas efectivas en la comprobación de cambio

clínico.

3. Entender la generalización de la aplicación de estos trastornos a población más graves en comparación con otros tratamientos psiquiátricos y determinar la viabilidad de ensayos controlados en esta población.

4.3.- Hipótesis de investigación.

- Hipótesis 1: La adherencia al protocolo se dará en mayor proporción en las personas que reciben el tratamiento de forma inmediata.
- Hipótesis 2. El protocolo asistencial provoca una reducción en los niveles de ansiedad rasgo en los adolescentes a los que se aplica de forma inmediata el tratamiento basado en aceptación a los que se los aplica 5 semanas más tarde o en LE.
- Hipótesis 3. Se espera un incremento en el grado de concentración tras la intervención.
- Hipótesis 4. Existen cambios en el nivel de inflexibilidad psicológica tras la aplicación del protocolo asistencial.
- Hipótesis 5. Se espera que exista una reducción de problemas en las diferentes áreas de su vida. Reducción de las áreas importantes de la vida del adolescente que son afectadas por el problema “psicológico”.
- Hipótesis 6. A nivel familiar, se predice que el cambio en los adolescentes provocará un cambio en los padres a la hora de percibir a sus hijos.
- Hipótesis 7. Se espera que la intervención provoque cambios a nivel del rendimiento académico mejorando el funcionamiento de los adolescentes en este área.
- Hipótesis 8. Existirán correlaciones entre medidas de ansiedad e inflexibilidad psicológica al finalizar el estudio.
- Hipótesis 9. Existirá una alta proporción de altas terapéuticas tras el protocolo asistencial.

4.4.- Características del estudio.

4.4.1.- Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Se recogen y analizan varias medidas evaluadas en la práctica asistencial diaria. El análisis y evaluación se hace de forma retrospectiva.

4.4.2.- Diseño de investigación.

Diseño no experimental, transversal descriptivo. Se efectuó la revisión de historias clínicas y casos que están diagnosticados con al menos un diagnóstico del DMS-IV y que han pasado por el protocolo asistencial de terapia de grupo basada en aceptación aplicada de forma regular en un centro de salud mental infanto-juvenil del sistema público de sanidad. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Se hacen análisis en función de dos grupos, aquellos sujetos que entran en el CSM y que tiene la oportunidad tras la evaluación de comenzar la terapia de grupo si así es indicada por el clínico (Aceptación) o por el contrario aquellos adolescentes que acuden al CSM y que tras la evaluación previa tienen que esperar ya que el grupo de intervención están en marcha y completo (Lista de Espera). A este grupo de adolescentes que esperan no más de cinco semanas se vuelve a realizar una nueva evaluación antes de comenzar la intervención, para determinar si cambian las variables clínicas. Esto es usado como punto de comparación para el grupo Aceptación.

4.4.3.- Ámbito y periodo de estudio.

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Mental de Guayaba, perteneciente al Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid. Se trata de un centro de salud mental público de carácter ambulatorio y de acceso directo, en los que el único requisito para beneficiarse de sus prestaciones es residir en el área de influencia del centro correspondiente. Este centro atiende aproximadamente a una población

infanto-juvenil de 70.000 personas. El estudio corresponde a la actividad asistencial de un año.

4.4.4. Lugar.

Las sesiones de evaluación y de psicoterapia individual se llevaron a cabo dentro de un despacho de tres por tres m². Las sesiones de terapia grupal se realizaron en la sala de grupos que el centro de salud tiene preparada para dicha modalidad terapéutica. La sala tiene una disposición de 4 por 10 m².

4.5.- Participantes

Un total de 34 adolescentes se incluyen en los análisis de las de las historias clínicas, de los 90 casos estudiados en este periodo de tiempo (ver análisis de la muestra). Los participantes conforman la muestra, son adolescentes derivados a un centro de salud mental infanto-juvenil ambulatorio de la Comunidad de Madrid, que cumplen los diferentes criterios de inclusión y exclusión (ver tabla 16). En lista de espera no se incluyen aquellos adolescentes que tiene que esperar más de cinco semanas para aplicarse la intervención, con el fin de poder buscar un grupo homogéneo de comparación. Los pacientes que se incluyen de forma habitual en el tratamiento cognitivo-conductual grupal tienen que cumplir los siguientes criterios:

Tabla 16. Resumen de criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	
Cumplir al menos uno de los dos siguientes:	
·	Diagnóstico de trastorno de DSM-IV por evaluadores clínicos con experiencia
·	Puntuación en CBCL o YSR por encima del percentil 63 que señala alteración psicopatológica.
Cumplir al menos uno de los criterios siguientes:	
·	Los problemas que presentan tienen que afectar en más de dos áreas de la vida del paciente (área familiar, área social, educativa, ocio, salud, pareja...) referido tanto por los padres como por los adolescentes
·	Puntuación por encima del percentil 50 en ansiedad rasgo
Criterios de exclusión	
·	Pacientes en régimen judicial
·	Adolescentes con diagnóstico de trastornos generalizados del desarrollo, con síntomas activos psicóticos, con trastornos de personalidad graves, o con historia de abuso y dependencia de drogas incompatible con el seguimiento de las sesiones de evaluación y terapia.
·	Adolescentes con retraso en el desarrollo.

4.6.- Variables clínicas.

Las medidas que se han utilizado para llevar a cabo el estudio han sido entre otras, las que tiene que ver con medidas de ansiedad y emociones, a lo largo del proceso clínico. Dentro de la práctica clínica habitual se utilizan diferentes medidas que se recogen antes y después de la aplicación del protocolo asistencial (resumen de las principales medidas de evaluación y protocolo en anexo 1).

Variables principales:

Adherencia al protocolo: esta variable tiene que ver con la vinculación al CSM y la adherencia a las sesiones de evaluación y tratamiento. Se considera adherencia terapéutica cuando asiste al 90% de las entrevistas de evaluación y al 90% de las entrevistas de tratamiento.

Ansiedad: medida a partir de la puntuación en STAIC (menores de 16 años) o STAI (mayores de 16 años). De esta medida se obtienen dos puntuaciones, una que hace referencia a **ansiedad rasgo** y otra a **ansiedad estado**. Ambas puntuaciones, pueden oscilar entre una puntuación mínima de 0 a máxima de 60 puntos. Es una variable que se recoge en diferentes momentos de medida.

Concentración: medida a partir de la puntuación obtenida en la subescala de Dígitos. De la medida de dígitos, se obtiene una puntuación directa que va desde 0 a 32. El rendimiento en dígitos se relaciona con atención sostenida y memoria operativa. También se toman diferentes puntos de medida de esta variable a lo largo del proceso asistencial.

Rendimiento académico: esta medida hace referencia a la puntuación media académica que obtienen los participantes antes y después del tratamiento. Los suspensos se valoran como un 0, los aprobados como un 1, los notables como un 2 y los sobresalientes como un 3. La puntuación obtenida en cada uno de los momentos temporales es la media de las puntuaciones en las diferentes asignaturas, oscilando de 0 a 3 la puntuación media de las siete asignaturas principales. Esta variable se suele medir al inicio de la intervención tras un intervalo de tres a seis meses del inicio (con el fin de hacer coincidir el paso de más de un trimestre de evaluación).

Variables adicionales¹:

Inflexibilidad psicológica (aceptación emocional): medida a partir del puntaje informado en el cuestionario AFQ-Y. Esta medida podía oscilar entre una puntuación mínima de 0 y máxima de 68 puntos. Siguiendo los puntos de corte informado por los autores del instrumento, se considera que una inflexibilidad es alta cuando está por encima del percentil 50 (puntuación directa de 20) por encima del percentil 75 (puntuación de 33), y por encima del percentil 90, (puntuación de 41). Estas son puntuaciones que indican un gran grado de inflexibilidad psicológica muy alta. En estudios recientes se ha encontrado que una puntuación de AFQ-Y por encima de 26 es indicativa de presencia de trastorno de ansiedad que requieren de servicios de salud mental (Venta y cols., 2012). Una puntuación cerca de 68 señala un patrón rígido de comportamiento, gran inflexibilidad psicológica o baja aceptación emocional. Una puntuación baja señala una gran aceptación de emociones y experiencias internas psicológicas desagradables. Por otra parte, se consideró un cambio clínico relevante cuando el participante según las puntuaciones informadas pasaba de la puntuación pre-test, a una puntuación post-test inferior a la media grupal menos una desviación típica.

Áreas funcionales afectadas: un área de la vida del adolescente se consideraría como afectada cuando el adolescente y sus padres señalan que su problema estaba afectado dicha área en más de siete puntos en una escala de 0 a 10 (siendo 0 nada afectada y 10 muy afectada). Son 7 áreas funcionales evaluadas, familia, estudios, amigos, salud, ocio, y otras (pareja, deporte...). Deja de considerarse afectada cuando la puntuación está por debajo de 5, así como, cuando también los padres coinciden en la evaluación por debajo de dicha área en menos de cinco. Se consideró un cambio como clínicamente significativo en esta variable, cuando existía un cambio en inferior a dos áreas afectadas, dejando de considerarse afectada cuando la puntuación tanto por padres como por adolescentes está por debajo de 5.

Malestar familiar: esta medida hace referencia a la valoración que hacen los padres

¹ Se consideran adicionales ya que las medidas no están estandarizadas ni baremadas. En el caso del AFQ-Y se trata de una medida que está en proceso de adaptación y baremación nuestro contexto clínico.

del grado de malestar que generan en el sistema familiar los problemas de su hijo. Esta variable se obtuvo a partir de la valoración que hacían los padres, en la entrevistas familiar, sobre una escala que va de 0 = no produce ningún malestar a 10 = afecta mucho provocando mucho malestar. El criterio empleado para considerar cambio clínicamente significativo fue cuando los informes de los padres, señalaban que el malestar estaba por debajo de una puntuación de 5. Este criterio se definió sobre experiencia clínica previa con estudios de casos.

Mando en malestar. esta medida consiste en la valoración realizada por el participante sobre el grado de obstáculo, interferencia o barrera que tienen los eventos privados (sensaciones, malestar) a la hora de la realización de tareas de malestar (ver ejercicios de tensión y malestar, anexo 14). En los ejercicios de tareas que generan malestar se les pregunta, el grado de obstáculo que han tenido diferentes sensaciones o pensamientos (vergüenza, sensación de ridículo, el pensamiento de “no puedo más”, nervios) a la hora de hacer el ejercicio como se le ha propuesto al inicio. Esta variable se obtuvo a partir de la valoración que hacía el sujeto sobre una escala que iba de 0 = nada de obstáculo a 10 = mucho obstáculo. Esta medida sólo se evalúa en los participantes a los que se aplica el protocolo ACT. El criterio empleado para considerar cambio clínicamente significativo fue cuando el informe del sujeto variaba en por lo menos 3 puntos. Este criterio se definió sobre la experiencia clínica previa con estudios de casos.

Las siguientes variables tienen que ver con comportamientos clínicos relevantes en relación a las reglas de FAP que buscan maximizar los comportamientos a mejorar y disminuir los problemáticos. La idea de utilizar este registro tiene que ver con los estudios sobre comportamiento verbal que señalan que, lo más efectivo para cambiar la conducta de las personas es moldear lo que la gente dice acerca de lo que hace (Catania, Mathews y Shimoff, 1990) incluso más que el cambio de conducta directo. Por lo que será una premisa en todas las sesiones, establecer nuevos comportamientos verbales que se irán reforzando.

Verbalizaciones sobre control: esta medida consiste en la valoración realizada por un observador externo del tipo y número de verbalizaciones que realiza sobre el control emocional y de pensamientos en sesión. Se recogen diferentes verbalizaciones de

cada uno de los participantes y el observador puntúa de 0 a 10 la intensidad dicha variable (0 ausencia de verbalizaciones de control y 10 alta presencia de verbalizaciones de control).

Verbalizaciones sobre valores: esta medida consiste en la valoración realizada por un observador externo del tipo y número de verbalizaciones que realiza sobre valores o acciones importantes para él. Se recogen diferentes verbalizaciones de cada uno de los participantes y el observador puntúa de 0 a 10 la intensidad dicha variable (0 ausencia de verbalizaciones de valores y 10 alta presencia de verbalizaciones de valores).

Conductas disruptivas: esta variable hace referencia a la frecuencia de comportamientos disfuncionales en la sesión de terapia (p.ej. insultos, negativa a realizar ejercicios, mirar hacia la ventana en lugar de la fuente de explicación,...). Se recogen los diferentes comportamientos y el observador una vez finalizado el registro puntúa de 0 a 10 (0 significa nula aparición de conductas disfuncionales y 10 alta frecuencia de conductas disfuncionales). Se considera un cambio clínico cuando en la última sesión grupal o al mes, existe una reducción de al menos tres puntos en el registro realizado por el observador.

Altas terapéuticas: el alta terapéutica se valora en función de los informes verbales que dan los padres y adolescentes en relación a los problemas iniciales que los trajeron a consulta. Se considera alta terapéutica cuando tras la entrevista clínica con adolescentes y padres, se verifica que: a) el patrón conductual tras la evaluación está centrado en acciones importantes (evaluación del comportamiento tras análisis funcional). b) Se obtiene que existe un cambio clínicamente significativo en al menos una variable principal con estabilidad en dos momentos temporales y significación clínica en al menos una variable adicional y c) se valora también como criterio de alta la implicación en el tratamiento, reflejado a través de su asistencia a las sesiones de al menos un 80%.

En la tabla 17, se aprecia un resumen de las diferentes variables que se han evaluado y los criterios de cambio clínico establecidos.

Tabla 17. Resumen de variables proceso, conductas clínicamente relevantes y variables resultado. Instrumentos, puntuación y criterios de cambio clínico.

Variable	Instrumento	Rango	Cambio Clínico*
Variables principales			
Adherencia al protocolo	Asistencia al 90% de entrevistas de evaluación y 90% tratamiento	0 a 100%	Condición indispensable para cambio clínico
Ansiedad Rasgo	STAIC/STAI	0-60	1 Desviación típica
Ansiedad Estado	STAIC/STAI	0-60	1 Desviación típica
Concentración	Dígitos (WISC-IV/WAIS-III)	0-32	1 Desviación típica
Rendimiento académico	Notas informadas	0-3	1 punto
Variables Adicionales			
Inflexibilidad	AFQ-Y	0-68	1 Desviación típica
Áreas funcionales	Afectadas según Adolescentes	0-7	< 2 (criterio clínico)
Malestar familiar	Entrevista clínica	0-10	< 5 puntos
Mando en Malestar	Autorregistros	0-10	≠ 3 puntos
Conductas Clínicamente Relevantes en Grupo			
V. de control	Registros de observación e informes verbales	0-10	≠ 3 puntos
V. de valores	Registros de observación e informes verbales	0-10	≠ 3 puntos
Conductas Disruptivas	Registros de observación e informes verbales	0-10	≠ 3 puntos
Altas terapéuticas	Entrevista clínica	Presencia de problemas	Cambio en variable principal y adicional Cambio de patrón

*El cambio clínico se establece en relación a la comparación de las puntuaciones pre con las restantes.

4.7.- Materiales.

Entrevistas clínicas:

Entrevista semiestructurada de evaluación categorial. Se llevan a cabo varias entrevistas semiestructuradas relacionadas con la búsqueda de un criterio diagnóstico. En la primera entrevista categorial, se evalúa el motivo de consulta, el tipo de derivación, antecedentes y evolución de la enfermedad (Anexo 2).

Entrevista semiestructurada de Inflexibilidad Psicológica. La segunda entrevista clínica que se realiza es una entrevista que evalúa el patrón de evitación experiencial en el adolescente, realizando entrevistas separadas por un lado a los padres y por otro a los adolescentes. En la parte de los adolescentes, se evalúan las áreas funcionales, así como la importancia que da a cada una de las áreas y la

implicación en ellas (Anexo 3).

Cuestionarios y pruebas

Child Behavior Check-list (CBCL, Achenback, 1985; Achenback y Edelbrock, 1986). Este listado registra un amplio conjunto de conductas adaptativas y conductas problema de niños cuyas edades están comprendidas entre los 6 a los 18 años. Existe una versión para padres y otra para maestros (TRF, Achenback y Edelbrock, 1986) y se puede utilizar tanto con población clínica como normal. Las respuestas se contestan en una escala de 3 puntos (0-2) que refleja la gravedad y la frecuencia de los comportamientos. El grado de especificación de los ítems varía desde los más específicos (p.ej., prende fuego, roba en casa) hasta otros menos específicos (p.ej., miedo a los propios impulsos). Se han establecido tres grupos de trastornos: de externalización (hiperactividad, agresividad, delincuencia y otros problemas), de internalización (depresión, incomunicación, obsesión-compulsión, quejas somáticas, aislamiento social y esquizofrenia). En el factor de internalización, existen diferentes subfactores que se extraen de las puntuaciones de determinados ítems: aislamiento, quejas somáticas y ansiedad-depresión. En el factor de externalización, se encuentran diferentes subfactores que son: problemas sociales, alteraciones del pensamiento y problemas atencionales. El tercer factor es combinado y se compone de conducta delictiva y agresiva. La puntuación se puede visualizar en un perfil individual que compara los repertorios del niño con los patrones normativos en función de la edad y el sexo. Las características psicométricas de la escala son adecuadas. Existen datos normativos para distintos periodos de edad y sexo y para población española (Del Barrio y Cerezo, 1990). Las propiedades psicométricas son buenas, ya que tanto con población general como con pacientes atendidos en consultas externas de salud mental, existe un alfa de Cronbach, para problemas internalizadores, 0,90; externalizadores, 0,94, y el total de problemas, 0,97 (Albores-Gallo y cols., 2007). En el Anexo 4 se puede obtener una copia del mismo.

Youth Self Report (YSR; Achenback y Edelbrock, 1987). Es una escala compuesta por 120 ítems referidos a adaptación social (17) y problemas de conducta (103) cuyo contenido es parecido al Child Behavior Checklist (CBCL de Achenbach) y se aplica a adolescentes con edades comprendidas entre 11 y 18 años. Las

respuestas se recogen en una escala de 0-2. Los índices de fiabilidad y validez son adecuados como muestra una adaptación a población española siendo los coeficientes alfa de Cronbach de 0,81 para internalización a 0,44 para externalización (Lemos y cols., 2006). En este cuestionario se encuentran los mismos factores y subfactores que en el CBCL. En el Anexo 4 se puede ver una copia del mismo.

Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños (STAIC; Spielberger y cols., 1982). La prueba es para niños de 9 a 15 años. La prueba consta de dos partes, con 20 elementos en cada una, mediante los cuales el sujeto puede expresar “cómo se siente en un momento dado” (ansiedad Estado) y “cómo se siente en general” (ansiedad Rasgo). La escala cuenta con buenas propiedades psicométricas. Para ver los diferentes ítems ver anexo 6.

Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI; Spielberger y cols., 1982). La prueba es para adolescentes desde 16 años hasta adultos. La prueba consta de dos partes, con 20 cuestiones cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. También cuenta con buenas propiedades psicométricas. (Anexo 7).

Avoidance Questionnaire Fusión-Youth (AFQ-Y; Greco, Murrell y Coyne, 2005; 2008). El AQY-17 (Anexo 8), es un cuestionario de 17 ítems, que en una escala Likert de 5 puntos, intenta valorar el grado inflexibilidad psicológica o de evitación experiencial. Tiene ítems que valoran aceptación, defusión y acción dirigida a valores importantes. Un enfoque psicométrico multimétodo proporciona apoyo preliminar para la fiabilidad ($\alpha=0,90$ a $0,939$) y con una buena validez convergente. Faltan datos en la actualidad en población española.

Prueba de Dígitos. La prueba consiste en la repetición de una serie de números que el examinador dice en voz alta. Se aplica de dos formas, una directa (se repiten los números en el mismo orden) e inversa (los números deben repetirse en

orden inverso). La prueba pertenece al WISC-IV (Weschler Intelligence Scale for Children, Fourth Edition, adaptación española, TEA, Ediciones-2010) para población de 6 a 16 años, y para más de 16 años al WAIS-III (Weschler Adult Intelligence Scale Third Edition, adaptación española, TEA, Ediciones-2003) Cuenta con buenas propiedades psicométricas y baremos de corrección e interpretación (Anexo 9).

Registros y autorregistros

Registros de mando en tareas que generan malestar: tras los diferentes ejercicios de malestar que son propuestos en sesión, se introduce un registro para que los adolescentes registren su experiencia con el ejercicio. En él se preguntan aspectos relacionados con los eventos privados que han aparecido y que han sido un obstáculo para la realización de la tarea exigida, así como se les pide que puntúen de 0 a 10, el mando que han tenido en el ejercicio (Anexo 10).

Registros de conductas clínicamente relevantes en adolescentes: se utiliza un registro en relación a una serie de categorías comportamentales establecidas, que hacen referencia a comportamientos clínicos relevantes. Se registran comportamientos verbales referidos al control, a valores y comportamientos disruptivos (Anexo 11).

Registro de comportamiento del terapeuta: el observador utiliza un registro para evaluar los comportamientos clínicos de los terapeutas con el fin de valorar si se ajusta a los componentes de terapia propuestos por ACT y PAF (Anexo 12).

Consentimiento informado de grabación de audio y video: como práctica habitual se recoge el consentimiento informado de grabación de las sesiones de grupo e individuales. En el Anexo 14 se pueden encontrar el consentimiento de grabación.

Grabador audio y video.

Las sesiones individuales de terapia, se grabaron en audio, mediante una grabadora audio digital Olympus Modelo VN-8600P. Las sesiones grupales de terapia, se grabaron en una video cámara digital Panasonic SDR-S50.

4. 8.- Controles metodológicos

A continuación se ofrece una serie de puntualizaciones metodológicas que se han tenido en cuenta a la hora de diseñar el protocolo asistencial y que han tenido en cuenta a lo largo de la práctica clínica (Barlow y Hersen, 1988; Kazdin 1998; Ramos y cols, 2004; Öst, 2008).

Con respecto a la *validez interna*, se ha respetado:

- Error de medida: debido a que los factores disposicionales, pueden influir en la forma en que el paciente responde al mismo cuestionario en las diferentes ocasiones, se ha cuidado este aspecto, realizando las medidas en el mismo lugar, en un ambiente tranquilo y animando a una buena cumplimentación, señalando que será de utilidad para su propio avance y para el avance de otros adolescentes con sus mismos problemas.
- Regresión estadística: puede ocurrir cuando los sujetos son seleccionados sobre la base de que posean cantidades muy bajas o muy altas de alguna característica orgánica. Así los participantes que han conformado el análisis mantienen un alto grado de homogeneidad en diferentes características de sexo, edad, diagnóstico, ansiedad e inflexibilidad.
- Motivación y expectativas: los adolescentes que han formado parte del estudio, han sido tanto adolescentes que venían obligados por los padres como aquellos que habían solicitado ellos mismos acudir o recibir ayuda de los servicios de Salud Mental. Existen tres participantes por grupo que han sido, en principio obligados, por parte de los padres o tutores.
- Agotamiento de los participantes o pérdida de sujetos: a nivel clínico se intenta asegurar la adherencia ofreciendo un tratamiento sin un uso excesivo de sesiones de evaluación.
- Instrucciones: las instrucciones dadas tanto relacionadas con los ejercicios de terapia como en los instrumentos de evaluación utilizados, han estado relacionados con la problemática de los pacientes, ajustando las escalas, ejercicios y registros a los problemas que traían los adolescentes.

- Características físicas de la situación de tratamiento: la aplicación de tratamientos en diferentes momentos por el terapeuta siempre se han realizado en el mismo lugar, y cuidando aspectos de temperatura y de ruido.
- Medida de respuesta: el uso de medidas para variables principales cuentan con buenas propiedades psicométricas. Las evaluaciones se han llevado principalmente por el psicólogo responsable del estudio y por algún estudiante de psicología o residente. En las sesiones de evaluación tras el tratamiento, se presentaban las tareas y cuestionarios, balanceados.
- Análisis ideográficos: Se llevan a cabo entrevistas individuales al inicio y al post del protocolo asistencial haciendo hincapié en la búsqueda de ejemplos que caractericen el patrón problemático de comportamientos, y si tras la intervención existe una forma de reaccionar más flexible y adaptativa. Para ello se han realizado análisis funcionales de la conducta de forma individual.
- Efecto del investigador en las medidas. No se trata de un experimento ciego para los experimentadores y evaluadores. Debido a esto, se plantea como principales medidas, los cuestionarios psicométricos de ansiedad, inflexibilidad psicológica, dígitos y medidas de tolerancia al malestar como medidas que puedan corregir el sesgo del experimentador. Se explica la forma de responder a los cuestionarios y se resuelven dudas antes de hacerlo, y tras esto, ya sea a nivel individual o colectivo los cuestionarios son cumplimentados por los adolescentes.

De la misma forma que se han cuidado estos aspectos, en relación al *tratamiento*, la forma de aplicación del mismo se lleva a cabo por un terapeuta experto, dónde las sesiones son grabadas y evaluadas y observadas por estudiantes de psicología y/o residentes. En cada una de las sesiones además del terapeuta el residente o estudiante se les entrenaba para observar componentes claves de las interacciones de terapia. Asimismo, las sesiones clínicas dónde existe “interacciones clave”, son observadas por el terapeuta con el fin de valorar las estrategias más eficaces de las recogidas en el protocolo para la sesión posterior. Esto garantizó la correspondencia entre el tratamiento planificado y el tratamiento administrado, así como el establecimiento de un tratamiento grupal ajustado a las características individuales de los adolescentes.

Además, tras el estudio, para comprobar el ajuste del tratamiento realizado al planeado, se seleccionaron al azar varias sesiones de terapia para que observadores independientes evaluaran la adhesión al protocolo y la ejecución del terapeuta.

Con respecto a la *validez externa* y la posible aplicabilidad de los resultados se ha cuidado:

- Características de la muestra: los análisis de los adolescentes pueden ser generalizables a otros adolescentes con problemas psicológicos, ya que existe variabilidad de edad, diagnóstico y sexo. La forma en la que acuden al tratamiento, ha sido similar en todos, ya que han sido derivados por pediatras o médicos de atención primaria, ante las quejas de padres y profesores. Esta variabilidad permitiría cierta amplitud en las posibilidades de generalización. Además, ambos grupos conformados, Aceptación y LE, muestran equivalencias al inicio del estudio. Por lo que las diferencias entre los grupos se podrán atribuir a la aplicación del protocolo y no a las diferencias de grupo en el pre-test. Tan sólo en ansiedad estado existen diferencias estadísticamente significativas al inicio del estudio.
- En relación a la interferencia de tratamientos múltiples, ningún participante del grupo Aceptación como de LE, ha llevado a cabo otro tratamiento psicológico o farmacológico que pudiera interferir con el tratamiento aplicado o con el paso del tiempo en el grupo LE..

En relación a la validez de constructo se ha controlado usando diferentes medidas que hacen referencia a procesos ACT y PAF, así como con las evaluaciones de los observadores, formación del terapeuta y controles establecidos.

4.9.- Resumen.

En resumen, se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, en el que a partir de los 90 pacientes que comienzan en el CSM infanto-juvenil, 51 de ellos pueden comenzar a ser estudiados, con el fin de ver la eficacia y aplicabilidad de un protocolo asistencial de terapia grupal basado en estrategias clínicas de aceptación

y mindfulness. De los 51, sólo 34 de ellos pueden ser analizados, por cumplir criterios mínimos de datos para establecer comparaciones. Para ello se establecen dos grupos de 19 participantes en el caso del grupo Aceptación y 15 para el grupo sobre el que se establecen las comparaciones, o grupo de lista de espera. Las variables clínicas de interés tienen que ver con ansiedad, concentración y notas académicas.

Capítulo 5.

5.- Protocolo asistencial de evaluación y tratamiento.

5.1.- Introducción.

En este capítulo se describe lo relacionado con el procedimiento de derivación, de evaluación y tratamiento. La evaluación pre, se basa en dos partes, por un lado la que determina si el participante es candidato al tratamiento, para más tarde si es así, llevar a cabo una evaluación funcional mediante entrevistas y cuestionarios. Los adolescentes son distribuidos a los grupos en función de si hay o no espacio en la terapia de grupo. Son asignados de forma consecutiva a los dos grupos.

El protocolo de tratamiento consiste en el uso de estrategias cognitivo conductuales, junto con estrategias de ACT+PAF, en una sesión individual más cuatro sesiones de terapia de grupo. El interés está centrado en ver la eficacia del protocolo asistencial breve.

Las bases del tratamiento están centradas en generar habilidades en el adolescente para que relacione con emociones desagradables de forma más adaptativa para su vida, es decir, el tratamiento esta basado en la promoción del Yo versus pensamientos y emociones, generando toma de perspectiva con respecto a sí mismo a través de mindfulness y defusión. Se presentan otros aspectos relacionados con las evaluaciones post, de seguimiento y la necesidad que se plantea en algunos pacientes de sesiones adicionales.

5.2. Protocolo asistencial de derivación, evaluación y tratamiento.

Con cada adolescente se mantiene de tres a cuatro sesiones iniciales de evaluación. De forma paralela se realiza una evaluación con los padres, en la fase de pre-tratamiento. El protocolo asistencial de terapia de grupo está compuesto por un total de 5 sesiones, 1 sesión individual y 4 sesiones grupales. Todos aquellos

participantes que no entran el protocolo asistencial de terapia de grupo breve, debido a que el grupo ya está completo, son evaluados pero puestos en lista de espera.

Tanto la sesión individual como grupal tienen una duración de una hora aproximadamente, realizándose las sesiones con una frecuencia semanal. Cada grupo está formado por un observador (psicólogo en prácticas o residente), un terapeuta y de tres a cinco adolescentes. Al finalizar el tratamiento grupal completo, se lleva a cabo otra sesión de evaluación (medidas post - tratamiento) tanto con el adolescente como con los padres. El grupo está compuesto como máximo de 5 adolescentes sobre todo por cuestiones de control clínico, ya que con más número de adolescentes existe menor control sobre sus interacciones.

Aunque la lógica del tratamiento es breve, en todo momento se ofrece a los participantes que lo necesitaran sesiones individuales de terapia, adicionales a las sesiones de terapia de grupo, después de las cuatro sesiones grupales.

Tras la evaluación post tratamiento (a la semana siguiente de finalizar la última sesión de grupo), se realizan dos seguimientos, al mes y los tres meses, dónde se aprovechaba para volver a realizar una sesión de evaluación e introducir interacciones equivalentes a las presentadas en sesiones anteriores. Esta evaluación sólo es posible con el grupo de Aceptación, ya que el de LE ya está en fase de tratamiento.

Al cabo de los seis meses, se lleva a cabo otra entrevista clínica o entrevista telefónica con el fin de valorar la intervención y el cambio producido a lo largo de esos meses, tanto en los adolescentes que han recibido tratamiento como en los que no.

En la tabla 18 se puede observar un esquema del procedimiento que se ha lleva a cabo de forma habitual.

Tabla 18 Esquema de procedimiento.

Eval. PRE		TRATAMIENTO (5 semanas)		Eval. POST		
DERIVACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	Sesiones de evaluación	Sesiones individuales	Sesiones grupales (semanales)	Sesión de evaluación	Seguimientos	Entrevista clínica o contacto telefónico de alta terapéutica (6 meses)
	Medidas diagnóstico	1ª	2ª 3ª 4ª 5ª	MEDIDAS POST/PRE TRATAMIENTO	1 (1 mes) 2º (3 meses)	
			de 3 a 5 adolescentes por grupo		MEDIDAS DE SEGUIMIENTO	
		MEDIDAS PRE TRATAMIENTO	LISTA DE ESPERA (5 semanas de espera)			

A continuación se desarrollan estas fases del procedimiento:

5.2.1. Derivación y obtención de la muestra.

Los pacientes que acuden al Centro de Salud Mental son derivados por el médico de atención primaria o el pediatra de los servicios públicos de salud. El paciente llega al centro con un volante de petición de cita, dónde consta el motivo por el que es derivado, la fecha de derivación y quién lo deriva. También se especifica al profesional al que se deriva si se trata de psicólogo clínico o psiquiatra. La derivación a psiquiatra o psicólogo clínico se realiza en función de unos criterios establecidos por la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Anexo 15).

En la primera consulta se valora el motivo de consulta, el estado psicopatológico del chico y se explora con detalle diversas variables clínicas, con el fin de obtener una primera idea de cuál es la problemática que caracteriza el caso. En esta primera entrevista, junto con otras consecutivas si se hace necesario más información, se intenta obtener una idea sobre el diagnóstico DSM-IV o CIE-10.

5.2.2. Protocolo de evaluación.

Inicial.

De forma habitual, y en este estudio también, en la primera entrevista con psiquiatra o psicólogo clínico se lleva a cabo una entrevista clínica semiestructurada dónde se recogen datos relacionadas con el motivo de consulta, historia del problema, enfermedad médica, tratamientos previos en salud mental y sintomatología psicopatológica (se recogen aquellos datos referidos al anexo 2). Esta primera entrevista se lleva a cabo con el adolescente y los padres, si es necesario otra entrevista para recoger más información sobre historia psicobiográfica o estado psicopatológico, se da una nueva cita de evaluación.

Una vez que se tiene confirmado el diagnóstico y/o problema clínico, y se ve la necesidad de llevar a cabo un tratamiento psicológico, el psiquiatra deriva al adolescente y a su familia, al psicólogo con el fin de realizar nuevas entrevistas de evaluación, o es el propio psicólogo el que da nuevas entrevistas para valorar la pertinencia de tratamiento psicológico grupal. En esta entrevista se entregan cuestionarios de sintomatología psicopatológica (CBCL para padres y profesores, y YSR, ver anexo) que deben ser cumplimentados y aportados en las próximas sesiones.

Tras la valoración de los comportamientos clínicos y el establecimiento del diagnóstico, se lleva a cabo una entrevista al modo más funcional, centrada en explorar la función de la conducta problemática (al modo de análisis clínico de la conducta, antecedentes, conducta y consecuentes). Dicha entrevista se realiza con los padres y el adolescente, dónde se recogen los antecedentes de la conducta problema, y los consecuentes de la misma, analizando la forma en que dicho problema afecta a la vida del paciente y de los padres (se sigue la entrevista semiestructurada de trastorno de evitación experiencial, anexo 3). En esta entrevista se recoge:

-Problemas que le traen a consulta: problemas de ansiedad, mal comportamiento, decaimiento, expulsiones de clase, malos resultados en los estudios y las emociones que son fuente de problemas, aburrimiento, pereza, nervios....

-Objetivos: se explora las expectativas que tienen los padres a la hora de venir a consulta, y qué es lo que les gustaría tanto a los padres como a los hijos, conseguir con el tratamiento.

-Malestar: se valora el grado de malestar que tanto a la familia como al adolescente le provoca los problemas que le traen a consulta

-Intentos de solución: se explora de forma inicial los intentos que han llevado a cabo tanto los padres como el adolescente a la hora de resolver los problemas de ansiedad, aburrimiento. Valorando la efectividad de dichas estrategias a corto y largo plazo. Se busca comprobar el modo en que los padres refuerzan el patrón de comportamientos disfuncional.

- Áreas afectadas por este funcionamiento: se valora la forma en que lo descrito afecta a las distintas áreas del adolescente, pidiendo a los padres y al adolescente, por separado, que evalúen el grado de afectación, se le solicitan ejemplos concretos de cómo afecta a la familia, amigos, estudios, ocio, salud, y otros...

Completados estos puntos de la entrevista tanto con los padres como con el adolescente, se evaluaba si el paciente cumple criterios de inclusión o exclusión, para la aplicación del protocolo asistencial de terapia de grupo grupal breve. Si el paciente cumple criterios de inclusión, se transmite la necesidad de comenzar un tratamiento grupal para mejorar las diferentes áreas de su vida. Si no cumplía criterios para comenzar un tratamiento grupal, se trabajaba con el adolescente y los padres otras modalidades de tratamiento (derivación a otro recurso, tratamiento individual...). En general, los adolescentes que entran en la terapia de grupo, son todos aquellos con algún diagnóstico DSM-IV, y que no presentan trastorno mental grave, y que se cree que pueden beneficiarse de una terapia focalizada de cinco sesiones en grupo. Los demás adolescentes son incluidos en otras modalidades terapéuticas ambulatorias o de mayor dosis terapéuticas. Se ha perseguido a lo largo de todo el trabajo que todos los adolescentes que acuden a consulta y cumplen las mismas características sean derivados al tratamiento de Aceptación grupal.

Finalizada la evaluación, se realiza una entrevista de devolución. En esta, el planteamiento se aleja del diagnóstico más tradicional y en términos coloquiales se sugiere que el adolescente “está atascado” y que se hace necesario la aplicación de un tratamiento psicoterapéutico dirigido a reconducción esta situación tanto en el adolescente como en su familia. En esta entrevista se intenta alejar de diagnósticos tipo DSM-IV, con el fin de prevenir los efectos perjudiciales de las etiquetas

diagnósticas: “ *La ansiedad (nervios, pereza, rabia...) que te trae a consulta es una alarma que posiblemente esté señalando que hay desequilibrios en tu vida....La ansiedad te está atascando y está impidiendo que crezcas en diferentes áreas de tu vida...es necesario que nos veamos para hacer un tratamiento psicoterapéutica grupal y hacer que crezcas...o escuchar la alarma para ver lo que descubrimos...*”. Esto es el resumen sobre el que se basa la devolución tanto a padres como adolescente.

Los adolescentes y familiares son informados de las grabaciones de audio de las sesiones individuales y grupales, como herramienta para aumentar la calidad de las intervenciones. Se solicita su consentimiento para la grabación de audio y video de las sesiones. Se le hace explícito el deber por parte del servicio de confidencialidad en relación a los datos clínicos. Se especifica la posibilidad de detener la grabación si esto interfiere con su implicación en el tratamiento. Ninguno de los participantes lo solicita.

Puesto que los adolescentes van entrando al grupo de terapia de forma consecutiva, conforme se van terminando los grupos, van entrando aquellos adolescentes que están en lista de espera, o que han sido derivados al CSM. Al adolescentes que va a entrar de forma inmediata, se le da una nueva entrevista para evaluación y sesión infibula y todas las sesiones de grupos. Si no es así y tiene que esperar, se le da otra entrevista para acabar la evaluación, una entrevista individual para dentro de cinco semanas para valorar de nuevo, sesión individual y las sesiones de grupo.

A los adolescentes que comenzaban la terapia de forma inmediata, se especificaba el contexto de trabajo, el número de sesiones, la importancia y función que tendrían los registros.

Tabla 19. Resumen del protocolo de evaluación.

Evaluación Pre-Tratamiento			
	Evaluación categorial	Evaluación funcional	Evaluación de concentración y funcional
Tipo de entrevista	Entrevista semiestructurada Objetivo Cuestionarios: Con padres y adolescente	Entrevista semiestructurada funcional	Dígitos Aritmética
Objetivo	determinar diagnóstico DSM-IV Pertinencia a terapia de grupo	Determinar patrón problemático de conducta	Valorar concentración y ejecución en tareas de rendimiento
Procedimiento instrumentos	CBCL, YSR	Análisis funcional de conducta STAIC/STAI AFQ-Y	Análisis funcional de la conducta Cumplimentación de cuestionarios y resolución de dudas.
Responsable	Psiquiatra o Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico	Psicólogo Clínico
Evalúados	Padres y adolescente	Padres y adolescente (por separado)	Adolescente
Nº de sesiones	De 1 a 2.	1	1

En la siguiente sesión, los participantes terminan de cumplimentar los cuestionarios entregados y se resolvían las dudas pudieran haber surgido. En esta misma sesión, se administran la escala de concentración (dígitos), introduciendo los ejercicios de la siguiente forma: *“Ya que como has señalado en la sesión anterior, una de las cosas que te ocurre es que en muchas ocasiones tu aburrimiento, enfado y tristeza te impiden que tu vida vaya como tú quieres. Vamos hacer una tarea para ver en qué medida tus sensaciones interfieren en como aprendes o atiendes”*.

A raíz de los ejercicios, de los fallos cometidos, distracciones y demás comportamientos dados en sesión, estos se empleaban para establecer equivalencias con su problema y obtener así más ejemplos con los que realizar un análisis funcional.

El proceso de evaluación inicial se prolonga entre 1 y 4 semanas. En la tabla 19 se puede observar un resumen de esta primera fase de evaluación diagnóstica y funcional.

Pos-tratamiento.

Las entrevistas de evaluación post-tratamiento se llevaban a cabo en un

intervalo de entre 4 y 7 días después de la última sesión de tratamiento.

Físicamente tienen lugar en los mismos despachos, y se utilizó la entrevista semiestructurada de inflexibilidad psicológica (Anexo 3). En esta sesión se volvían administrar los cuestionarios iniciales al igual que la tarea de concentración.

Entre la semana en que se acaba el tratamiento, y la siguiente sesión de seguimiento en un mes, se entrevista a los padres de los adolescentes que han pasado por el tratamiento. El psicólogo que lleva a cabo las entrevistas con los padres es el mismo que llevó a cabo las entrevistas iniciales, explorando los mismos contenidos que al inicio, usando la entrevista semiestructurada funcional (Anexo 2).

En la misma semana que se lleva a cabo la evaluación post de los participantes del grupo experimental, se evalúa de nuevo a los pacientes en lista de espera realizando el mismo procedimiento de evaluación, entrevista de trastorno de inflexibilidad psicológica, tarea de concentración, y cumplimentación de cuestionarios. Si siguen cumpliendo criterios de inclusión se les emplaza a la semana siguiente para el comienzo del tratamiento Aceptación y si no es así, tras la entrevista con los padres se decide dar el alta, o se deriva a otro recurso o modalidad de tratamiento.

En la nueva evaluación de los participantes en lista de espera, no se lleva a cabo entrevista con los padres, si no que con la información de los adolescentes y la de las pruebas se decide si entra o no a grupo de tratamiento, y es tras la intervención cuando se contacta con los padres. Es por la falta de tiempo en consulta y por la dificultad de compatibilizar los horarios de los padres con los del CSM, por lo que no se vuelve a emplazar a los padres a consulta.

Seguimientos.

Una vez finalizada la sesión de evaluación post, se realizan dos seguimientos, uno al mes de la cuarta sesión grupal, y otro a los tres meses. Estas sesiones se inician haciendo un resumen de los acontecimientos más relevantes de los últimos meses. Se hace hincapié en la manera en que habían sido afrontados, la efectividad de esta clase de comportamientos en dirección a valores. Se aprovecha para

introducir estrategias equivalentes a las introducidas en sesiones previas, como una forma de aumentar la práctica. Se recogían las impresiones de los pacientes tras lo cual, se presentaban los diferentes cuestionarios, y se cumplimentaban en la sala de grupo pero cada uno de forma individual. El terapeuta permanecía en la sala para resolver dudas de cumplimentación de cuestionarios, a quién lo solicitase.

A los seis meses se realiza una nueva evaluación con los pacientes, con el fin de determinar si cumple criterios de alta terapéutica.

Entrevista de alta terapéutica.

En dicha ocasión se mantenía una entrevista clínica con el adolescente y/o la familia. Se valora la existencia de cambios clínicos y los aspectos más relevantes del caso. De darse la circunstancia que bien el adolescente, bien la familia o bien ambos no acudieran a la entrevista de seguimiento, se mantenía con estos un entrevista telefónica, con preguntas focalizadas en la valoración de la situación clínica.

Esta entrevista se lleva a cabo a los 6 meses con los adolescentes y padres del grupo de Aceptación. Se realiza un nuevo, análisis funcional con los adolescentes. Se establece la valoración sobre si se han producido o no cambios en el patrón de comportamiento ante los mismos eventos privados, pidiendo ejemplos concretos de situaciones problemáticas y cómo estaban reaccionando o solucionando. En la segunda parte de la entrevista se hace entrar a los padres a consulta, y se les solicita la impresión global que tienen del momento actual de su hijo, se centra la entrevista en aspectos clínicos. Se explora con ellos, apoyándose en diferentes ejemplos, cómo reaccionan en el momento actual ante diferentes acontecimientos, que en el inicio eran problemáticos. Igualmente se les pide que valoren el cambio de su hijo en las diferentes áreas. Por último se les pregunta si volverían a traer a su hijo a consulta al día de hoy con el comportamiento o situación actual.

En función de las respuestas dadas tanto por los padres como por los adolescentes, si existe una reducción de problemas en las diferentes áreas funcionales, un cambio en el patrón conductual evaluado a través del análisis funcional y un mínimo de implicación en la terapia, junto con cambio clínico en algunas variables relevantes, se da el alta terapéutica (ver criterios de alta terapéutica

en apartado de variables dependientes, página 82).

También se lleva a cabo entrevistas personales y/o telefónicas con aquellos adolescentes que en principio se mantuvieron en lista de espera y que no pasaron al grupo de tratamiento por elección propia. Se establece un contacto telefónico con el objetivo de valorar sus estado clínico y la necesidad de comenzar el tratamiento.

5.2.3. Protocolo asistencial de tratamiento

Este protocolo fue elaborado sobre la base del manual original de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, y cols., 1999), del manual publicado en castellano (Wilson y Luciano, 2002), de estudios de protocolos breves con adolescentes (Hayes y cols, 2011, Wicksell y cols, 2007, 2009 Luciano y cols., 2009; Luciano y cols., 2011). Se ha tenido también en cuenta la base de la filosofía de la Psicoterapia Analítico Funcional con apoyo en el manual original (Kohlenberger y Tsai, 1992) y su traducción al castellano (Valero y Cobos, 2007) así como su aplicación con adolescentes (Newring y cols., 2010). Sobre los comentarios establecidos por los adolescentes en sesión de terapia, se promovió que estos generaran relaciones de equivalencia con comportamientos en sus contextos fuera de sesión.

En el protocolo de intervención se enfatizó la clarificación explícita de los valores personales y la promoción del Yo-como-contexto poniendo el acento en la función de regulación. En cada una de las sesiones están presentes las reglas de observación de comportamientos clínicamente relevantes de la PAF. El protocolo de intervención sigue la siguiente estructura.

El protocolo asistencial grupal es a través de una sesión individual y cuatro grupales, dónde los componentes a trabajar son: “relación terapéutica”, “desesperanza creativa”, “clarificación de valores”, “aceptación”, “defusión”, “yo contexto” y “compromiso”, a través, de diversas interacciones y ejercicios clínicos. La llevaron a cabo dos psicólogos con experiencia en el modelo.

Cada una de las sesiones, para la condición de tratamiento, tuvo la siguiente estructura:

- 1- Se revisaba la existencia de acontecimientos importantes a lo largo de la semana y reacciones a la última sesión. Esto se llevaba a cabo mediante un repaso de situaciones difíciles y de las tareas para casa propuestas. En ese caso, se analizaba la existencia de dificultades para realizar estas tareas o las posibles ventajas que hacerlas hubiese reportado.
- 2- Se presentaban nuevos contenidos a tratar en sesión.
- 3- Se facilitaba la discusión individual y/o grupal de dichos contenidos mediante la aportación de ejemplos personales de los adolescentes.
- 4- Se establecía un compromiso para la semana.
- 5- Finalmente, se valoraba la sesión pidiendo una valoración y conclusión a los participantes. En este se insistían en las emociones y valoraciones del impacto de la sesión, es decir, *¿Cómo te has sentido hoy aquí conmigo? ¿Cómo te he hecho sentir? ¿Y cuando tu compañero dijo que? ¿Y como te has sentido cuando hemos hablado de la vida como un jardín?...preguntas todas ellas dirigidas a evocar y discriminar emociones en la relación terapéutica....*

Sesión individual inicial

La primera sesión individual persigue diferentes objetivos. Evaluar el patrón ineficaz, mediante un análisis funcional clínico de la conducta que revele comportamientos que atrapan al adolescente. Se rastrean múltiples ejemplos, planteando preguntas, sobre sensaciones o emociones y si esto genera problemas en su vida diaria. Especial atención recibe la sensación de obligación, de hacer las cosas no de forma elegida sino impuesta, conectándose este aspecto en sesión con un seguimiento rígido de instrucciones donde son los demás lo que marcan “lo que tienes que hacer” . El terapeuta comienza, preguntando: *¿Qué es lo que te trae aquí? ¿Qué problemas tienes? ¿En qué te gustaría mejorar? ¿Cómo te sientes al hacer esto inmediatamente? ¿En qué medida te sientes obligado? ¿Tienes la sensación de estar obligado? ¿Desde cuándo llevas sintiéndote en la vida obligado? ¿Qué haces cuando te obligan? ¿Te gustan que te obliguen? ¿Has notado que a lo largo de tu vida has estado eligiendo o has hecho lo que te otros te obligaban?* De las repuestas del paciente se destacan ejemplos en relación, a cómo se comporta cuando aparecen

las sensaciones que le impiden llevar su vida en la dirección que él querría, como la condiciona la sensación de obligación, rabia, tristeza o aburrimiento. Visto su recorrido con el problema se le plantea al paciente en una proyección de futuro, que se imagine haciendo lo mismo a final de curso, o cuando cumpla 18 años.

En segundo lugar, se realizan preguntas con el fin de fomentar el yo-como-contexto y habilidades de defusión, por lo que se incluyen preguntas bajo el formato *¿Quién manda en tu vida, el aburrimiento o tú? ¿Quién dirías que mandó en dicha situación tú o los nervios? ¿Qué haces cuando manda la rabia? ¿Ha habido alguna situación en la que con nervios mandarás tú?*.

En tercer lugar se busca establecer un contexto de motivación que sea terapéutico y que tengas funciones motivacionales para el adolescente, para ello el ejercicio anterior se conecta con las siguientes formulas verbales: *“Yo no quiero ser uno de estos que te manda, yo no voy a ser tu profesor, ni tu padre. Yo valoro mi tiempo y aquí vamos hacer cosas que valgan. Tú tienes que venir y yo tengo que estar aquí. Yo quiero ayudarte a algo que valga para ti. ¿Qué te gustaría hacer? Dentro de que los dos estamos en un sitio que nos mandan, vamos hacer un hueco a eso y vamos hacer algo que dependa de ti y de mí. Por lo que me has dicho, en general mandando la rabia, el aburrimiento o las ganas de no hacer nada, vas de cráneo y eligiendo dónde tienes que elegir en las cosas que te mandan puede que las cosas no vayan de cráneo.*

En cuarto lugar, se introduce la metáfora: *El jardinero* (Hayes y cols., 1999; Wilson y Luciano, 2002) una vez que se han puesto sobre el papel y se explican al adolescente, las sensaciones que tiene, lo que hace para cambiarlas, lo que consigue a corto plazo y lo que consigue a la larga y si esto le ayuda a conseguir lo que quiere en su vida, si le acerca, o si le aleja, si esto que hace es como dar pasos hacia delante o hacia atrás. Los eventos privados (aburrimiento, rabia, no tener ganas de estudiar, o los pensamientos de “van a pensar mal de mí” “no soy capaz”...) se ponen en coordinación con la “mala hierba”, y se hacen preguntas para ver de qué manera pueden afectar a su vida lo que hace, y si lo que hace es como regar la mala hierba o las demás plantas, considerando las plantas como áreas, objetivos y deseos importantes en su vida. El objetivo es que al entrar en sesión grupal, “la mala hierba”

sea un aspecto común que todos compartan al iniciar las sesiones grupales.

Otro aspecto que se incluye, y en relación a los ejemplos que el participante da, se introduce el concepto de control, de la siguiente forma: *“Hay cosas, de las que dices, de las que me estás hablando, que se pueden controlar. Hay un 90 por ciento de las ocasiones en que eso es así, pero en un 10 por ciento esto no es así. (Se incluyen varios ejemplos para que piense durante la semana) ¿Se puede controlar que sea de día? ¿Se puede controlar el no respirar? ¿Si quieres cambiar de bolígrafo se puede?...es decir hay cosas que se pueden elegir....y otras que no...Piensa que cosas de tu vida diaria se pueden controlar y que otras no se pueden controlar...”*

Por último se introduce la petición de un compromiso y una elección: *“Piensa en algo que tú puedas elegir, que puedas hacer durante toda la semana, que te cueste un poco, que te sea un poco difícil,...(leer la hoja de un periódico, tirar la basura...) algo que tú eliges para darte cuenta, de que tú eliges y que no estás obligado a ello, que no te mandan...Y lo que decidas, dilo (es mejor que lo digas aquí, delante, no por mí, sino porque se ha visto que si se dice es más eficaz) y mételo en un carta y lo vemos la semana que viene”*. Se transmite la idea del compromiso con su vida y con su jardín, por lo que se pide algo concreto que pueda llevar a cabo que vaya en dirección de cuidar, o regar alguna planta de su jardín.

Tabla 20. Resumen de objetivos, componentes e interacciones clínicas de sesión individual.

Objetivos	Componentes Psicoterapéuticos	Interacciones clínicas.
Recoger problemática del paciente Análisis de estrategias de evitación Crear contexto terapéutico Alterar los intentos de control Explicación de que va el grupo Explicar el registro de malestar	Análisis funcional de la Desesperanza creativa Relación terapéutica de Control	Análisis funcional sobre “sensación de obligación, sensaciones de malestar”... Efectos a corto y largo plazo de lo que hace. Verse de mayor haciendo lo mismo. Verse al final de curso haciendo lo mismo. No soy tu padre ni tu madre, ni profesor, estoy aquí para ayudarte.... Se le dan varios ejercicios de control (controlas las luna, el sol...) y que piense en algunos ejercicios durante la semana de cosas que se pueden controlar. Metáfora del Jardinero Compromiso de hacer algo para regar alguna de las plantas...que quiere mejorar Uso del autorregistro

Se les pide que aunque sería preferible diariamente llevar a cabo el autorregistro (ver anexo 11), cuanto menos lo utilicen en aquellos días en los que

detectan que más que mandar ellos, manda su sensación de aburrimiento, o los días dónde se sientan atascados. Se les pregunta sobre su valoración en cuanto a la utilidad del autorregistro para el trabajo que vamos a realizar, planteándoles también la ayuda que supondría para los terapeutas. Se recogen sus respuestas. Se resuelven las dudas que tengan sobre los compañeros de terapia, y en qué consisten las sesiones de terapia grupal.

Sesiones grupales

Sesión N° 1 grupal

La segunda sesión, ya es grupal, por lo que el primer objetivo es darse a conocer todos los integrantes del grupo y señalar las motivaciones que les traen al grupo, o describir brevemente que objetivo les gustaría alcanzar con el trabajo que vamos a realizar en las siguientes semanas. El terapeuta explica de nuevo: *“La intención que se tiene aquí, es poder ayudarlos a que su vida vaya mejor, por lo que estaremos varias semanas viéndonos y practicando llevar el mando sobre tu vida y eligiendo. Hasta ahora nos hemos visto de forma individual, y a partir de ahora nos veremos de forma grupal, lo que vamos hacer aquí es como un entrenamiento de atletismo, en la que vamos a practicar todos juntos para luego fuera de aquí cada uno pueda llevar su dirección y tenga experiencia en resolver problemas, ya que habrá tenido la oportunidad de ver como sus compañeros hablan y resuelven sus problemas también. Por lo que la colaboración de cada uno va a ayudar al otro en conseguir sus fines”*. Además se incluye la idea planteada por FAP en Gaynor y cols (2002): *“En el grupo de terapia cada uno de vosotros tiene dos papeles, por uno el de actor, en el que tiene que ser lo más sinceros y honestos posible, y por otro lado tiene el papel de director, el de señalar a los demás integrantes su opinión y visión de lo que dice, hacen o como os hacen sentir”*.

Tabla 21. Resumen de objetivos, componentes e interacciones clínicas de 1ª sesión grupal.

Objetivos	Componentes ACT	Interacciones clínicas
Presentación de los miembros del grupo. Revisar los intentos de regar o eliminar la mala hierba y regar otras plantas Puesta en común de los intentos de control	DC Relación terapéutica Acción comprometida Control	Revisar los autorregistros de malestar Doble papel actor y director Metáfora del jardinero Metáfora del capitán de barco. Metáfora de cruzar el charco. Señalar las conductas problemáticas. Cosas que puedes controlar y cosas que no puedes controlar Imaginar que durante mucho tiempo se hace lo que les trae a consulta. Imaginar que se hace todo lo contrario. ¿Quién manda si se hace todo lo contrario a lo que haces? ¿Ahora que ya sabes lo que sucede? Que eliges Como te ves en el futuro perdido en medio del desierto, del océano...lo que haces va en esa dirección o va en otra. Ejercicio de fiscalización de lucha con papeles. Metáfora del autobús. Eyes to Eyes Ejercicio de aguantar la respiración Esposas chinas.... Compromiso de hacer algo diferente a la lucha. Acción de regar una planta.

Se comienza la sesión preguntando por el compromiso establecido, y hasta qué punto han mandado ellos o la sensación de malestar, la sensación de obligación. Se revisan los autorregistros, que sirven como entrada para el desarrollo de la sesión. Se hace hincapié, en los intentos de control y en el patrón ineficaz. Se recogen en la pizarra, ejemplos de las acciones que llevan a cabo para huir el aburrimiento, para escapar de la pereza, o para no hacer lo que sus tutores o cuidadores mandan. Se establecen equivalencias funcionales de sus comportamientos de evitación, en casa, con los amigos, en el colegio y en la propia sesión de consulta, preguntando en muchas ocasiones como se están sintiendo en consulta, y qué es lo que hacen cuando ese sentimiento aparece, con el fin de aumentar la discriminación de su propio comportamiento. Se escribe en la pizarra, las sensaciones (malas hierbas) de cada uno, que es lo que hacen cuando aparecen, y que efectos encuentran a corto y largo plazo. Se pregunta cómo se ven dentro de un tiempo, si siguen haciendo esto a lo largo de los años y si es así como se quieren ver.

En relación a lo anterior, y señalando lo puesto en la pizarra, se pregunta sobre si han reflexionado sobre el control, y se pregunta allí mismo sobre si ellos pueden controlar lo que piensa el terapeuta, o si se puede controlar que entre la secretaría con sólo pensarlo...se piden de nuevo ejemplos sobre el control y se ponen las respuestas en la pizarra. Se llevan a cabo preguntas para que discriminen si lo

más factible es controlar lo que uno piensa o siente, o lo que uno hace. Señalando la pizarra, se intenta ejemplificar con sus experiencias si han podido eliminar por completo el aburrimiento, la sensación de obligación o si aparecen una y otra vez. En este momento, se conectan los ejemplos de sus experiencias con los valores, objetivos o cosas que quieren conseguir, introduciendo metáforas como la del jardinero, capitán de barco, o la de cruzar un charco de agua. Además se conecta con los intentos de control y de lucha con la emociones, realizando varios ejercicios, como los de la lucha de papeles, se fisicaliza la metáfora del autobús, o se introduce la trampa de dedos china o se llevan a cabo pulsos entre los adolescentes. Además de centrar la sesión en desesperanza creativa, y la alteración de los intentos de control, se sigue promoviendo la función de mando del yo-como-contexto, preguntando con frecuencia quién está mandando en su vida, aprovechando cada comportamiento en sesión para que discriminen si están mandados ellos o las sensaciones de aburrimiento, ganas de mirar por la ventana, o ganas de reírse y hablar con el compañero.

Para potenciar los ejemplos anteriores, se introducen *ejercicios de malestar y tensión*, en esta sesión grupal con una triple función: a) evaluar de forma directa la evitación experiencial en sesión, b) proporcionar experiencias de lo que se puede controlar o no, y c) realizar un ejercicio de defusión. La manera de introducir los ejercicios, se lleva a cabo de la siguiente forma: *“Bien quizás lo que tengamos que aprender aquí en terapia es a llevar estas sensaciones y mandar nosotros en lugar de que ellas nos manden, por lo que para comenzar a llevar el barco de nuestra vida vamos a realizar un ejercicio hoy con el fin de aprender a llevar sensaciones de malestar”*. En esta sesión o bien se introduce el ejercicio de “Eyes to Eyes (Hayes y cols. 1999) o algún otro ejercicio de tensión o malestar diseñado para este estudio (ver ejercicios de tensión malestar, anexo 14). Además, este ejercicio es conectado con contextos de valor de los participantes: *“Mantener la mirada, sin moverse, si reírse....o hacer la postura desagradable del árbol....durante dos minutos va a ser como ganar puntos, es como llegar al verano con todas aprobadas, es como conseguir que tu familia confíe en ti (se incluyen los objetivos o valores que cada uno quiere conseguir), es mandar tú, mantenerte en la tarea es como conseguir tus objetivos, es como ser capitán de barco...”* se establecen equivalencias con las

metáforas introducidas, y entre mantenerse en el ejercicio, es como mandar, como llevar las riendas. Mientras que se hace el ejercicio, se hacen preguntas de defusión que proporcionan una oportunidad para fortalecer el yo-como-contexto: *“Date cuenta de si tienes ganas de mirar hacia otro lado, o de reírte” “Pregúntate quién tiene las ganas de mirar hacia otro lado” “Nota el ritmo de tu respiración, y pregúntate quién nota el ritmo de tu respiración”, “Mira los pensamientos que aparecen en tu mente, quizás haya alguno como, no puedo más, o quizás esté el pensamiento de esto es una tontería” “Pregúntate quién está teniendo esos pensamientos”*.

Una vez que finaliza el tiempo, se aprovecha para que observen las sensaciones que tienen, que pensamientos les visitan en el momento actual. Se les proporciona material para registro donde deben evaluar quién ha mandado en el ejercicio si ellos o sus sensaciones (ganas de mirar hacia otro lado, ganas de reír, ganas de acabar...anexo 12).

Tras la evaluación, se aprovecha para preguntar *¿Quién ha mandado en el ejercicio?* Si han podido controlar sus ganas de reír, si han controlado los pensamientos que le venían, o si lo que han controlado ha sido su cuerpo, o si tenían ganas de mirar hacia otro lado y no lo han hecho. etc., estableciendo equivalencias funcionales del ejercicio con aspectos de su vida. Se suelen introducir otros ejercicios en esta sesión, como el de aguantar la respiración o realizar un número determinado de abdominales. Se introduce este tipo de ejercicios, como una medida de evitación experiencial directa en sesión, ya que la idea es seguir introduciendo ejercicios con el fin de observar si se producen cambios en el nivel de obstáculo desde la primera sesión a la cuarta sesión grupal, y de experimentar la dificultad de controlar lo que uno piensa o siente.

Se finaliza la sesión estableciendo un nuevo compromiso por cada uno, en dirección a algo importantes para ellos.

Sesión 2º grupal

La segunda sesión grupal está centrada principalmente en clarificación de valores, y en la introducción de habilidades de defusión. Se comienza la sesión, preguntado por quién ha mandado durante la semana y se piden ejemplos de si ha habido oportunidades en los que podían haber mandado las ganas de no hacer nada, el miedo, o el bloqueo, y si han mandado ellos, así como si ha habido momentos, en los que han mandado sus sensaciones. Una vez recogidos todos los ejemplos, se les propone una nueva tarea, imaginarse su vida conducida por las ganas, o bien que si todo lo hicieran para evitar el aburrimiento, o bien evitar cualquier acción que implique esfuerzo, que se vean una y otra vez haciendo esto. Es un objetivo prioritario explorar al máximo los valores que mueven a cada uno de ellos, bien ganar la confianza de sus familiares, sacar el curso y ser mejores estudiantes, o conseguir que sus padres les dejen más libertad.

Tabla 22. Resumen de objetivos, componentes e interacciones clínicas de 2ª sesión grupal.

Objetivos	Componentes ACT	Interacciones clínicas
Clarificación de valores Marcar objetivos que llevan a la dirección valiosa	Valores DC Acción comprometida	Registros de malestar ¿Qué es lo que quieres tener o ser en la vida? ¿Qué es lo que quieres conseguir? Hoja de valores. Conectar los intentos de control de sesiones anteriores con las direcciones valiosas Metáfora de los faros y capitán de barco. Metáfora del jardinero Metáfora de la pantalla de cine Metáfora de las olas Metáfora de la compra del cuadro. Metáfora de los consejeros Quién tiene más credibilidad tu experiencia o lo que te dicen tus pensamientos. Elección de acción...dirigida a valores.

El terapeuta usa la metáfora que más haya conectado con el grupo (metáfora del autobús, capitán de barco, jardinero...) y sobre ella se realizan preguntas como: *“¿Cuándo te viene la rabia y gritas a tus padres, es eso navegar hacia delante y ganar la confianza de tus padres o es navegar en círculos? ¿Cuánto tiempo llevas de ese modo? ¿Cuándo te visita el aburrimiento dirías que eso es viento a favor o en contra? ¿Qué dirías de un capitán que tiene que llegar a un puerto y cuando llega el viento se echa para atrás? ¿Qué tipo de capitán de barco quieres ser tú?* Se valida la experiencia, señalando que lo natural cuando viene la sensación de aburrimiento es

tener ganas de dejarlo todo, a la misma vez, se les pregunta; ¿si dejas lo que estás haciendo para buscar diversión, eso ayuda a conseguir lo que te has propuesto, te acerca a tus valores, a lo que es importante para ti?

Se introduce ahora, la metáfora del cine, o de las olas que arrastran, la compra del cuadro, para ejemplificar que lo natural y lo más útil para poder avanzar en la dirección deseada es intentar observar las sensaciones que vienen, y no llevar a cabo acciones para eliminarlas. El terapeuta introduce este componente de ACT, con alguna de estas metáforas: *“El aburrimiento, la rabia, o el miedo que estáis señalando y lo que hacéis cuando os visita en los estudios, con vuestros padres, es como una ola del mar, grande, muy grande. Es como si cuando viene una ola del mar, grande, y estáis en la playa, una ola grande que te va atrapar, corres y te tiras de cabeza a la ola, ¿En esa situación, la de lanzarte de cabeza dentro de la ola, se puede ver con claridad? ¿Se puede ver la playa? ¿Se puede elegir hacia dónde va uno en medio de la ola? ¿Se puede tragar agua en medio de la ola gigante? ¿Se puede reducir la ola gigante tirándose a ella? o que es lo que habría que hacer....habría que dar unos pasos atrás, ¿y mirar desde un poco más atrás que es lo que pasa con la ola?”*. Se realizan preguntas de este tipo para romper los intentos de control, e introducir defusión y capacidad para poder elegir, no quedándose pegados al aburrimiento u otras sensaciones de malestar.

Para romper la credibilidad de los pensamientos, sensaciones, recuerdos, se emplean ejemplos de acciones de control. Se usa la metáfora del conductor de autobuses y pasajeros, o el amigo que aconseja mal, para demostrar la diferencia entre lo que se dice y la experiencia: *“Imagina que viene un buen amigo y dice que te va a presentar una chica muy maja y guapa y te prepara una cita. Tú vas ilusionado y descubres que la chica no es nada de lo que te había prometido, que es todo lo contrario. Al día siguiente cuando le dices que no te gustó, se disculpa y te vuelve a concretar otra cita con otra chica, según su parecer, es mucho mejor y seguro que te va a gustar. Vas a la cita, y de nuevo te decepciona la chica. Para remediar su error, tu amigo, te promete que concretará una tercera cita y te pone la chica por las nubes....¿Qué le dirás? Atiendes a lo que te dice, a las promesas que da, a sus buenas palabras o a tu experiencia. Que te dice tu experiencia cuando atiendes a las ganas de acabar de estudiar o de acabar con el aburrimiento, te va bien haciéndoles*

caso...¿Qué te dice tu experiencia?”.

Y sobre este ejercicio, se hace una representación de la metáfora del autobús, dónde cada uno de los adolescentes hace de conductor y los demás de pasajeros, pasando todos por el mismo papel. El adolescente, en un primer momento se pone a discutir, hablar, atender a cada una de sus sensaciones y luego, da pasos hacia delante sin atender a los compañeros. Se recogen las experiencias con los ejercicios y se establecen conexiones con aspectos de su vida. Termina la sesión una vez que se han establecido las acciones que llevarán a cabo, cultivar o cambiar en su vida y una vez que se ha elegido una acción concreta y se ha revisado.

Sesión 3ª grupal.

La tercera sesión grupal, está centrada casi exclusivamente en la promoción del yo-como-contexto y el desarrollo de habilidades de defusión. Se comienza con la revisión de los autorregistros, y con preguntas como *¿Quién ha mandado esta semana, tú o tus sensaciones? Ponte una nota de cómo te has visto mandando en tu vida.* Se señalan los obstáculos que han impedido avanzar hacia dónde se quería, y se vuelven a incluir en el análisis funcional que se realiza al comienzo de la sesión. Se enlazan los ejemplos, con la metáfora de la semana anterior, perdidos entre las olas, la pantalla de cine. Se introduce el ejercicio preguntando, si esta semana se han visto dentro de la ola, y si han podido elegir. Se usan múltiples ejemplos para aprender la defusión de pensamientos, con este objetivo, se les pide a los adolescentes que pongan en un folio aquello que los ha paralizado, aquella sensación, pasajero u ola, que no los ha dejado avanzar. Hecho esto, se les plantea que anden por la sala con el folio puesto sobre la cabeza. Se les pregunta, si así se puede andar, si se puede elegir de este modo. En otras ocasiones se les pide que realicen un dibujo de la sensación, o que escriban pensamientos y que los introduzcan en sus bolsillos, como llaves. En todo momento, se solicita su permiso para realizar los ejercicios bajo la premisa de llevar a cabo prácticas para poder dirigirse hacia lo que quieren con aquellos pensamientos, sentimientos o sensaciones que los bloquean. Para que lleguen a establecer la equivalencia se realizan preguntas sobre la utilidad que puede tener el ejercicio en su vida, si creen que promocionar dicha habilidad puede tener un efecto en lo que quieren conseguir, múltiples preguntas dirigidas a que conecten dichos

ejercicios con valores importantes en su vida.

Tabla 23. Resumen de objetivos, componentes e interacciones clínicas de 3ª sesión grupal.

Objetivos	Componentes ACT	Interacciones clínicas
Diferencia entre el yo y eventos privados problemáticos	Defusión Discriminación yo-eventos privados DC Yo contexto	Revisión de autorregistro de malestar Metáfora de las olas Ejercicio de poner un folio en la cara. Ejercicio de poner los pensamientos en hojas, escribirlos. Dibujo de emociones o pensamientos que tapan y no dejan ver. Metáfora de pensamientos como llaves. Ejercicios de defusión y yo-como-contexto. Ejercicio de ojos cerrados de defusión de contenidos problemáticos. Ejercicio de observar sensaciones y pensamientos. Establecimiento de compromiso.

En algunos de los ejercicios propuestos se les pide que sentados, cierran los ojos para practicar el ejercicio con más atención. El ejercicio de defusión y promoción del yo contexto sigue la lógica propuesta por otros estudios realizados con adolescentes (Luciano y cols., 2009; Luciano y cols., 2011).

La presentación de ejercicios sigue la lógica del entrenamiento en múltiples ejemplos. Se comienza con ejercicios centrados en los ruidos y las sensaciones realizando preguntas como: *¿Quién nota el ruido de la calefacción? ¿Quién está notando el ruido de los pasos en la sala de espera? ¿Responde a la pregunta de si te das cuenta que eres tú quién se da cuenta del ruido? Toma aire. Date cuenta de la respiración. Dime si te das cuenta de la respiración. Suelta el aire y dime si puedes notar que eres tú quién está notando la respiración. Pon los pies sobre el suelo. Pisa fuerte. Mira quién mira, quién está notando los pies en el suelo.* Luego se comienza a centrar el ejercicio sobre los pensamientos; *¿Qué estás pensando ahora mismo? Deja que tus pensamientos sean los que sean, los que aparezcan, ya sea el pensamiento de que estoy cansado, o de las cosas que tienes que hacer luego, o si te acuerdas de lo que alguien dijo ayer o si te das cuenta de que no estás pensando en nada, por favor, presta atención a cualquier pensamiento que puedas tener. ¿Qué pensamiento tienes? Dime si te das cuenta que eres tú quién está teniendo ese pensamiento. Ahora imagina que lo escribes.* Se suelen utilizar diferentes ejemplos. *Imagina que pones los pensamientos escritos en la pizarra. O en un folio imaginario o en globos. Deja que tus pensamientos fluyan. Observa cómo se quedan allí enfrente. Sólo tienes que observarlo. ¿Quién está mirando el pensamiento? ¿Puedes darte cuenta de que puedes ver el pensamiento?*

En relación a estos ejercicios, se intenta fomentar la habilidad de volver al aquí y ahora, con preguntas, *¿Qué pensamientos está teniendo ahora? Escríbelo, ponlo enfrente de ti y obsérvalo*. Después de esto, se incluyen ejercicios de notar las sensaciones: *“Mira si tienes ganas de moverte”*, *“Date cuenta si te aprietan las zapatillas”* *“Nota el peso de tus pies sobre el suelo”*. *“Date cuenta de quién está moviendo las piernas”*. *“Imagina esa sensación como si fuese una mancha, dale un color, hazle una foto y obsérvala”* *“ Te das cuenta de que puedes observar las ganas de moverte enfrente de ti”*.

Se aprovecha cada comportamiento que aparece en el ejercicio, con el fin de aumentar el grado de autoconocimiento y autodiscriminación por parte del adolescente, como *“Pregúntate Juan, si te das cuenta de que estás moviendo la pierna, observa la sensación que tienes en la pierna, ponle un color a esa sensación y respóndete a la pregunta de si notas que puedes ver la sensación de la pierna en movimiento”*, *observa ahora los pensamientos que están relacionados con el movimiento de la pierna, con los ojos cerrados, dime que pensamiento te viene, pon el pensamiento enfrente de ti, escrito en un folio, date cuenta que estás tú y enfrente está tú pensamiento, sólo obsérvalo”*. Bajo esta fórmula se pretende que cualquier comportamiento motor, como abrir los ojos, o moverse, incluso salirse de la tarea, quede incluido en el ejercicio *“Date cuenta de que has abierto los ojos y vuelve a la tarea, observa si hay alguna sensación de ganas de abrir los ojos, o pensamientos de tengo ganas de acabar, y vuelve a la tarea, mira si tienes ganas de mover las piernas y mira si puedes quedarte quieto aún con ganas de mover las piernas...observa la sensación...pregúntate quién está llevando el mando, ahora en el ejercicio, si tú o las ganas de acabar”*.

“Pon todos los pensamientos que te vengan en globos, escríbelos y ponlos enfrente de ti, nota la sensación que te viene, de ganas de acabar, de cansancio, cualquier sensación que te venga y déjala ahí enfrente. Date cuenta de que puedes observarla y que tú estás al mando, que tu eres más grandes que cualquier pensamiento o sensación”.

Una vez finalizado el ejercicio, se recogen la experiencias de los adolescentes, y se enlaza con lo trabajado durante la sesión, preguntando si estar

observado el aburrimiento o la rabia, puede dar espacio para poder elegir con más claridad, en relación a, si lo que uno quiere hacer es levantarse el pupitre y dejar de estudiar para buscar diversión en el ordenador, o si lo que uno elige es seguir sentado, porque eso o bien acerca o bien te acercará a los objetivos a conseguir.

Una vez más se establecen relaciones con las metáforas empleadas como, por ejemplo, se les plantea si cuando llega el aburrimiento, elegir observarlo, sería como dar algunos pasos atrás para poder elegir si se mete uno en el Facebook (con su equivalencia, se tira a la ola para que el aburrimiento se vaya) o estando con el aburrimiento sigue estudiando, para poder aprobar a final de curso, estar en las vacaciones libre y con tiempo para ir con los amigos.

Se vuelve a utilizar la metáfora del autobús, dónde cada uno de los adolescentes tiene que intentar luchar con los pasajeros, discutiendo con ellos, haciendo lo que ellos dicen, convenciéndoles de que les dejen paso...y en segundo lugar, se pide que en lugar de luchar con ellos les den la mano y se dirijan, y den pasos hacia la puerta, porque llegar a la puerta es como aprobar, conseguir un verano libre y tiempo para estar con los amigos. Esta dinámica se realiza con cada uno de los participantes.

La sesión acaba con las conclusiones establecidas por los participantes y la propuesta de un compromiso.

La lógica de los compromisos, es la misma desde la primera sesión, elegir hacer algo, no para el terapeuta, o los compañeros, sino para sí mismo, establecer una acción elegida por ellos.

Sesión 4ª grupal.

La cuarta sesión va a quedar centrada en profundizar en las habilidades de defusión y promoción del yo contexto, añadiendo nuevas experiencias para los eventos privados más problemáticos del adolescente.

Se revisan los autorregistros, de estos, se analizan aquellas situaciones donde el adolescente indica que “no ha mandado él” (sino sus sensaciones,

pensamientos,...eventos privados). Hecho esto, se pregunta a los compañeros acciones alternativas que podría haber llevado para dirigir su barco hacia sus valores. A través de las preguntas se destacan también aquellas oportunidades en las que el chico/a ha tenido sensaciones problemáticas. Se realizan preguntas con el fin de valorar si ha habido oportunidades en las que ante sensaciones y se han puesto al frente de su vida, dejando la pelea, “ellos han mandado”.

Una vez más se establece la conexión con los valores, se realizan preguntas, dirigidas a la clarificación de valores y desesperanza creativa, intentado que los chicos discriminen que emociones problemáticas pueden aparecer si persisten en sus valores, y que se vean haciendo lo de antes...”*Imagina que aparece el aburrimiento, manda él y le gritas a tu madre, ¿son eso pasos hacia ser la hija que quieres ser? ¿Qué podrías hacer cuando aparezca la rabia, o la sensación de impotencia? ¿Qué podría hacer María si esto le sucede?”...*

Tabla 24. Resumen de objetivos, componentes e interacciones clínicas de 4ª sesión grupal.

Objetivos	Componentes ACT	Interacciones clínicas
Discriminar los obstáculos que pueden aparecer	Discriminar los obstáculos que pueden aparecer	Registro de malestar
Disposición a emociones	Disposición a emociones	Al seguir regando, o manejando vuestro barco, ¿que malas hierbas pueden aparecer que os impidan el paso?....
	Defusión	Ejercicio de defusión en dicha situación problemática.
		Ejercicio de malestar y ridículo.
		Elección de acciones comprometidas
	Exposición a situaciones pasadas y futuras	
	Acción comprometida	

Se presenta un nuevo ejercicio, con el fin de practicar el poder llevar las sensaciones y crear de forma figurada un espacio entre estas y los adolescentes. Se pide que describan una situación en la que la rabia, la pereza, llevan las riendas de su vida, que describan en qué situaciones suelen aparecer y que es lo que suelen hacer. Una vez que todos los participantes, describen su situación problemática o difícil, se enlaza con el ejercicio de persistir en situaciones difíciles y de malestar. Para ello, se propone otro ejercicio de sensaciones de malestar. Sentados en la silla, con las piernas estiradas, la espalda recta, los brazos extendidos y la cabeza girada hacia

atrás, tienen que mantenerse durante dos minutos, con el fin de ver hasta qué punto pueden estar con el malestar, el ridículo y la sensación de vergüenza y finalizar la tarea.

Mientras se realiza el ejercicio, se van dando indicaciones para centrarse en las sensaciones, notarlas, preguntarse quién las está teniendo, observar los pensamientos, poner los pensamientos en globos, y poner las sensaciones en fotos. Una vez que el ejercicio ha terminado, se les pide que vuelvan a una postura normal, y que cumplimenten el registro de sensaciones de malestar (anexo 10).

Se recogen sus respuestas sobre quién “ha mandado” en el ejercicio y se los anima a realizar más ejercicios, a practicar, para poder tener más habilidad en llevar ellos el mando sobre sus vidas. Se les pide que cierren los ojos. Se induce la concentración mediante un ejercicio de notar sonidos y sensaciones tras lo cual, se les plantea que imaginen la situación, la que previamente habían descrito y calificado como difícil. Se ofrecen claves a cada uno de los participantes para que aparezcan las funciones de dicha situación, describiendo el contexto, la ropa, o la persona con la que tienen el problema, que se había descrito anteriormente. *“Mírate en esa situación difícil, con quién estabas, que ropa llevabas” o “ Juan, imagínate en tu cuarto, en tu mesa de estudio trabajando con matemáticas. Observa si tienes ganas de dejar de estudiar, aburrimiento, pereza...” ¿Qué sensaciones te vienen? ¿Puedes ver la sensación de aburrimiento? Mira si puedes poner la sensación de aburrimiento enfrente de ti. Observa los pensamientos que te vienen, ponlos en la pizarra y en los globos....Ahora intenta verte a ti mismo con el aburrimiento, con el me da miedo coger el metro-... cuando está al mando de lo que haces. Toma una foto de lo que haces cuando estos sentimientos están al mando. Pregúntate quién está al mando de lo que haces. ¿Piensa si tú o tus sensaciones? ¿Si tú o tus pensamientos? Ahora mírate a ti mismo, eres tú quién está al mando del miedo, del aburrimiento. Imagina que tú eres más grande, que eres el capitán de barco y todas estas sensaciones son como pasajeros. Mira lo que te viene a la mente cuando tú estás al mando en esa situación difícil. Ahora nota los pensamientos que te vienen, ¿Qué pensamiento tienes ahora? No hace falta que lo digas, sea el que sea ponlo en la pizarra, globo...y date cuenta de que tú eres más que tus pensamientos, respóndete a la pregunta de quién está observando tus pensamientos. Los*

pensamientos son como globos y tu eres el que los llevas. Y ahora pregúntate quién quieres que esté al mando de lo que haces si tú o tus sensaciones”.

En esa situación, se les pide que se vean con la sensación, que le pongan un color, y que se pregunten quién está mandando ellos o la sensación. Tras esto, se les pide que se vean mandando ellos y que observen que es lo que podrían hacer si mandaran ellos. Se finaliza el ejercicio, volviendo a realizar ejercicios de defusión con la respiración, y otras sensaciones del cuerpo.

Se recogen las impresiones de los participantes, se establecen nuevos compromisos y se emplaza un nuevo encuentro para dentro de un mes a nivel grupal. Se mantiene una entrevista individual a la siguiente semana, donde se recoge información para las evaluaciones post, tanto con ellos, con los adolescentes, como con las familias.

El protocolo propuesto, que incluye ejercicios y metáforas para cada una de las sesiones, no tienen la intención de ser algo rígido a lo que responder en cada una de las sesiones, sino que basándose en él, y en función de las conductas clínicas de los pacientes se van ajustando a lo largo de la intervención. Después de cada una de las sesiones, y en función de los registros observacionales realizados, se plantean fomentar habilidades de defusión o del yo-como-contexto, o crear más desesperanza creativa, o clarificación de valores en la siguiente sesión.

Otras de las características del protocolo es aprovechar las conductas clínicas problemáticas del adolescente. En el momento que aparecen, ya sean insultos, estar hablando con el compañero, no traer los autorregistros, faltar a alguna sesión, se toma dicho comportamiento como una oportunidad de traerlo a consulta y establecer equivalencias con los problemas que tiene fuera de consulta, del mismo modo que se señalan los cambios de nuevos comportamientos en consulta y su relación con cambios fuera de consulta, al modo de la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg Tsai, 1999).

A lo largo de las diferentes sesiones se hacen preguntas para que el adolescente establezca equivalencias funcionales entre su comportamiento en sesión y el comportamiento que mantiene con sus padres. Además se hacen preguntas con el

fin de evocar comportamientos relevantes. *¿Cómo te sientes hoy aquí en terapia? ¿Cuando miras por la ventana al sentirte aburrido aquí es parecido a lo que ocurre en clase? ¿Cómo te sientes cuando yo te digo esto? ¿Es similar a lo que te dicen tus padres? ¿Cuándo algún adulto te señala algo de lo haces, como te suele hacer sentir eso? ¿Cómo actúas tú ante esto?*

Se fortalece el hecho de estar en sesión con sensaciones desagradables y estar implicado en la relación y en los ejercicios. *Me parece muy valiente por tu parte estar aquí en terapia y estar aburrido y que estés escuchando lo que digo yo y los compañeros. Hoy has (hemos) avanzando mucho, ya que has (habéis) sido capaz, de hacer un ejercicio en el que hay mucho ridículo con el fin de poder adquirir más habilidad para dirigir tu vida.* Se refuerza cada uno de los comportamientos que implica estar haciendo un ejercicio de dolor, de vergüenza dirigido a avanzar en terapia. Se fortalece la coordinación entre malestar y acción.

5.3. Resumen.

El estudio está centrado en adolescentes derivados a un centro de salud mental. Se presenta un protocolo asistencial breve grupal basado en aceptación y mindfulness, derivados de aproximaciones teóricas de ACT y PAF. En varias sesiones, a través de una evaluación con padres y adolescentes, el psiquiatra y psicólogo clínico trata de determinar la existencia de un problema compatible con un diagnóstico del DSM o CIE. Tras esto se lleva a cabo una evaluación funcional (análisis funcional de la conducta) tanto con el adolescente y padres, así como una evaluación psicométrica de ansiedad rasgo, concentración, inflexibilidad psicológica, áreas funcionales vitales, autocontrol, rendimiento académico y altas terapéuticas. El trabajo diario clínico muestra como a través de las derivaciones se van estableciendo dos grupos en los que se puede comparar la intervención, y sobre los que se establecen comparaciones, al inicio, al finalizar la intervención, y en diferentes momentos tras la aplicación del tratamiento.

Capítulo 6.

6.- Resultados.

6.1.- Introducción.

Se describe la muestra, y las unidades de análisis que se han sometido a evaluación. Se establecen dos grupos de participantes, aquellos que reciben el protocolo asistencia de forma inmediata y aquellos que esperan un cierto tiempo.

En primer lugar se describe el grupo de participantes que se han conformado sobre sus historias y datos clínicos. que pasan por el tratamiento como por aquellos que esperan a que se les aplique.

En segundo lugar se analizarán los datos referidos a las variables principales asistencia terapéutica, ansiedad rasgo, concentración y rendimiento académico. Se analizarán los datos en el momento pre y post para los dos grupos, para luego más tarde llevar a cabo análisis de los seguimientos en el grupo experimental. Los análisis que se llevarán a cabo serán por un lado comparaciones de medidas utilizando una prueba T, así como se llevarán a cabo ANOVAS de medidas repetidas para analizar el efecto de los seguimientos, utilizando también contrastes de tendencias para determinar el tipo de tendencia que sigue la variable de interés. Debido a que es un diseño descriptivo y no se han controlado mediante aleatorización la existencia de variables extrañas, hay que interpretar los datos con cautela. No obstante se utilizan datos paramétricos ya que al comprobar los supuestos se ha observado su cumplimiento.

En un tercer lugar, esta misma lógica se utilizará para el resto de las variables adicionales que también se han recogido en el estudio. Para ello también se utilizará la prueba T, y ANOVA de medidas repetidas.

En cuarto lugar se harán análisis individuales con cada uno de los participantes atendiendo al nivel de significación clínica, con el fin de poder

establecer conclusiones a nivel clínico y poder llevar a cabo decisiones con respecto al alta terapéutica. De este modo al final de este apartado se establecerán datos referidos a altas terapéuticas.

En quinto lugar se hará un resumen de los datos encontrados para más tarde, pasar a mostrar los datos referidos a las asociaciones encontradas entre las medidas.

En último lugar se presentarán datos referidos a la fiabilidad de aplicación del protocolo.

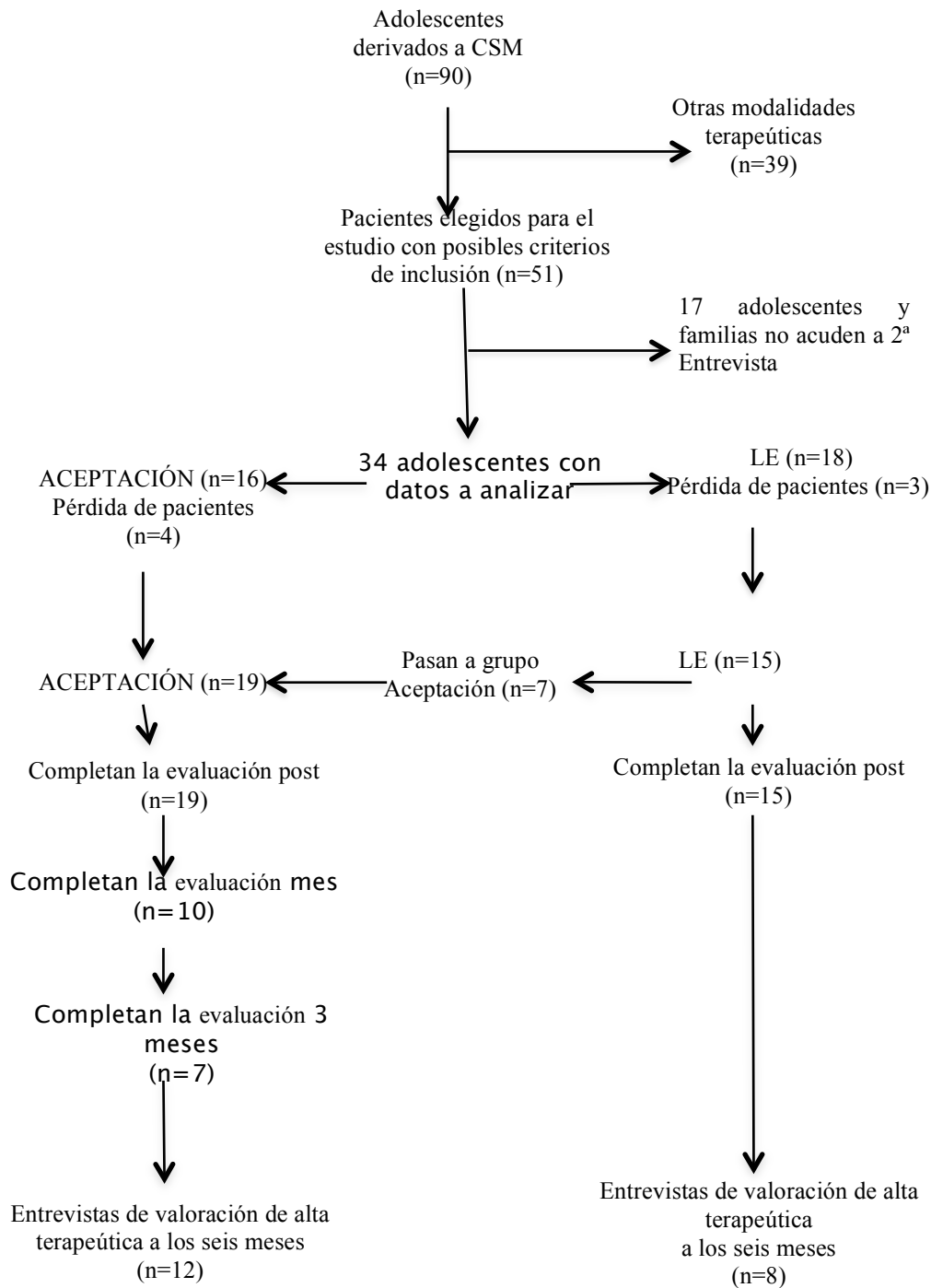
Los análisis se han llevado a cabo con Excel, SPSS 15 y STATA 11.

6.2.- Establecimiento de la muestra.

De las derivaciones realizadas a salud mental, los adolescentes que llegan a consultas de psicología más aquellos evaluados por psiquiatría y que se consideran pertinentes de tratamiento psicoterapéutico son aproximadamente 90, en un periodo de un año. Son todos aquellos pacientes de más de 13 años y que tienen los criterios de inclusión y exclusión. En los análisis se han incluido aquellos que acuden a las entrevistas de evaluación, y de los que se incluyen datos de los seguimientos. Todos los adolescentes que son derivados por orden judicial, por síntomas activos psicóticos o primeros brotes, o por rasgos de personalidad graves, con intentos autolíticos previos o consumo de sustancias son derivados a modalidad de psicoterapia individual u otras modalidades terapéuticas.

De los 90, sólo 51 pacientes son los que se estima que se pueden beneficiar de terapia de grupo breve. De los 51, sólo 34 acuden tras la primera o segunda entrevista, 17 se pierden en esta fase. 16 comienzan el tratamiento de forma inmediata, y 18 en LE. De estos, 4 se pierden en el grupo de Aceptación y 3 en LE. Al final los grupos quedan compuestos por 19 adolescentes en Aceptación y 15 en LE, en análisis y configura de la muestra se detallará más el proceso.

Ilustración 1. Resumen de obtención de muestra y conformación de los grupos



A continuación se muestran los datos de inclusión para cada uno de los grupos establecidos, en la fase de evaluación categorial y funcional.

Tabla 25. Características de inclusión en el Grupo Aceptación.

Suj.	Sexo	Edad	Diagnóstico	CBCL Padres	CBCL Profes	YSR	PD. A Rasgo	PC. A Rasgo	A. Afectadas Adolescentes	A. Afectadas Padres
1	Hombre	14	T. Depresivo.	68	60	49	47	97	3	3
2	Hombre	14	T. Disocial	60	45	43	-----	----	4	2
3	Hombre	14	T. Adaptativo	-----	-----	-----	26	10	6	3
4	Mujer	16	T. Agorafobia	69	55	50	48	99	4	3
5	Mujer	15	T. Depresivo	56	46	40	47	93	4	5
6	Mujer	15	T. Depresivo	72	53	40	41	60	4	3
7	Hombre	15	T. Depresivo	69	52	47	34	45	3	4
8	Mujer	17	T. Adaptativo	63	57	54	38	93	2	2
9	Mujer	15	T. Adaptativo	58	50	43	31	30	2	3
10	Mujer	17	T. Adaptativo	66	61	53	32	75	2	3
11	Hombre	15	T.N.Desafiante	34	38	72	23	2	2	4
12	Hombre	13	T. Adaptativo	-----	-----	-----	29	20	2	2
13	Hombre	17	T.Abuso de sustancias.	56	50	45	40	93	3	2
14	Hombre	14	T. Adaptativo	78	67	52	46	96	3	2
15	Hombre	15	T.N.Desafiante	68	80	54	35	50	3	2
16	Hombre	17	T. Depresivo	65	40	52	41	97	4	3
17	Mujer	15	T. Adaptativo	56	63	40	37	50	2	1
18	Hombre	15	T.D.A.H	69	55	50	38	65	2	2
19	Hombre	15	T.D.A.H	71	66	52	-----	----	2	2

(CBCL=Child Behavior Check List, Achenbach, 1991, Lemus, 2006 versión padres y profesores, percentiles; YSR=Youth Self Report, Achenbach, 1991, Lemus, 2006, percentiles; PD. A Rasgo=Puntuación directa en STAI/STAIC rasgo; PC. A Rasgo= Puntuación percentil en STAI/STAIC rasgo; A afectadas adolescentes=áreas funcionales afectas en entrevista con adolescentes por encima de 7; A.Afectadas Padres= áreas funcionales afectas en entrevista con padres/tutores por encima de 7; ----= no cumplimentan cuestionario)

Tabla 26. Características de inclusión en el grupo LE.

Suj	Sexo	Edad	Diagnóstico	CBCL Padres	CBCL Profes	YSR	PD. A Rasgo	PC. A Rasgo	A. Afectadas Adolescentes	A. Afectadas Padres
20 (13)	Hombre	17	T.Abuso de sustancias.	56	50	45	38	95	3	2
21 (14)	Hombre	14	T. Adaptativo	78	67	52	48	98	3	4
22	Mujer	15	T. Disocial	69		58	57	99	4	4
23	Mujer	17	T. Depresivo	74	62	56	57	99	4	3
24	Hombre	17	T. Adaptativo	68	50	49	29	80	3	3
25	Hombre	15	T. Adaptativo	60	45	41	-----		3	3
26(15)	Hombre	15	T.N.Desafiante	68	80	54	34	45	3	2
27	Mujer	13	Fobia escolar	55	54	48	43	93	4	3
28 (16)	Hombre	17	T. Depresivo	65	40	52	41	97	3	7
29 (17)	Mujer	15	T. Adaptativo	56	63	40	37	50	1	1
30	Mujer	16	T. Depresivo	70	60	52	31	80	2	2
31	Hombre	16	T. Adaptativo	-----	-----	-----	26	75	3	2
32 (18)	Hombre	15	T.D.A.H	69	55	50	38	65	2	2
33	Hombre	15	T.N.Desafiante	66		48	33	40	2	5
34 (19)	Hombre	15	T.D.A.H	71	66	52	-----		2	2

(CBCL=Child Behavior Check List, Achenbach, 1991, Lemus, 2006 versión padres y profesores, percentiles; YSR=Youth Self Report, Achenbach, 1991, Lemus, 2006, percentiles; PD. A Rasgo=Puntuación directa en STAI/STAIC rasgo; PC. A Rasgo= Puntuación percentil en STAI/STAIC rasgo; A afectadas adolescentes=áreas funcionales afectas en entrevista con adolescentes por encima de 7; A.Afectadas Padres= áreas funcionales afectas en entrevista con padres/tutores por encima de 7; ----= no cumplimentan cuestionario; En la columna de sujetos, aquellos que tiene un paréntesis con un número dentro son los sujetos que en primer lugar hacen de sujetos control y luego experimental)

En la siguiente tabla se pueden observar un resumen de las principales características de ambos grupos.

Tabla 27. Tabla resumen de las características grupo Aceptacion yLE.

	SEXO	EDAD	DIAGNÓSTICO	PAIS DE PROCEDENCIA	MEDICACIÓN
ACEPTACIÓN	Hombre 12/19 Mujer 7/19	M(15,10) DT(1,16)	Tr.Adaptativo =7 Tr. Depresivo=5 Tr. Ansiedad=1 Tr. Negativista=2 Tr. Disocial=1 TDAH=2 T.Abuso de sustancias=1	España=15 Perú=1 Ecuador=1 Brasil=1 Colombia=1	ISRS=1 Metilfedinato=2
LISTA DE ESPERA	Hombre 10/15 Mujer 5/15	M(15,46) DT(1,14)	Tr.Adaptativo =5 Tr. Depresivo=3 Tr. Ansiedad=1 Tr. Negativista=2 Tr. Disocial=1 TDAH=2 T.Abuso de sustancias=1	España=11 Perú=1 Ecuador=1 Brasil=1 Colombia=1	ISRS=1 Metilfedinato=2

En este grupo, la historia de contactos previos en un periodo anterior al actual es baja, ya que tan sólo un paciente acudió con anterioridad por problemas de enuresis. Los mismos tres pacientes que están recibiendo tratamiento farmacológico en la condición Aceptación, lo reciben en el grupo lista de espera. En el anexo 16, 17, 18 y 19, se pueden observar las puntuaciones principales que sirva de guía para seguir los análisis realizados.

En relación a los dos grupos, no existen diferencias de proporción en cuanto al número de participantes del grupo de aceptación y de lista de espera ($\chi^2=0,47$ $p=0,49$) ni en cuanto a la distribución de hombres y mujeres en ambos grupos ($\chi^2=2,94$ $p=0,08$). En cuanto al diagnóstico y la procedencia los grupos están igualados en estas variables. A nivel de edad, no existen diferencias ($t_{32}=-0,87$ $p=0,38$) entre el grupo Aceptación ($M=15,10$, $SD=1,16$) y el grupo de Lista de espera ($M=15,46$, $SD=1,14$).

La conformación de los grupos, muestra que ambos grupos son equivalentes y homogéneos, salvo en la variable estado en la que se observan diferencias significativas en ambos grupos al inicio de las comparaciones.

De los 15 pacientes de LE, siete de ellos pasan a formar parte del grupo Aceptación. Ya que se presentarán estos participantes en los análisis de forma separada, se presentan las características en la siguiente tabla.

Los siete participantes que pasan a formar parte del grupo Aceptación, tras la comparación en LE de cinco semanas, no muestran diferencias significativas en las variables principales en el pre-post de LE, como muestran los análisis de Wilcoxon. En la tabla 20, se pueden apreciar los resultados para las principales variables en los siete participantes que son controles y luego pasan a formar parte del grupo de Aceptación.

Tabla 28. Estadísticos de contraste para las principales variables en participantes lista de espera que pasan al grupo de Aceptación.

	Evitación pre-post	A. Rasgo pre-post	A. Estado pre-post	Dígitos	Áreas afectadas
Z de Wilcoxon	-0,81	-0,91	-2,02	-0,27	-1,32
p	0,41	0,35	0,04	0,78	0,18

Tan sólo en ansiedad estado tras cinco semanas de espera existen cambios en los participantes. En la mayoría de las demás variables no existen diferencias estadísticas, por lo que junto con que los siete participantes siguen presentando criterios para recibir tratamiento, tras las semanas de espera se incluyen en los análisis como participantes del grupo de Aceptación. Conformados los grupos, e indicado que tanto aquellos que esperan como los que se aplica el tratamiento son equivalentes, se pasa ahora a analizar la falta de asistencia a las entrevistas de evaluación y tratamiento.

6.3.- Variables principales.

Adherencia al protocolo

A lo largo de la intervención existe una falta de asistencia a las entrevistas terapéuticas. De los 90 participantes con posibilidad de intervención psicológica, sólo 51 de ellos se establece que pueden beneficiarse de un tratamiento terapéutico grupal. De los adolescentes derivados a un centro de salud mental el 57% puede beneficiarse de un tratamiento grupal, los 39 restantes (43%) se evalúa que se beneficiaran de otras modalidades terapéuticas, individuales, sólo farmacológicas, o

derivaciones a otros recursos.

De los 51 pacientes que tras la primera consulta se observa que pueden incluirse en el programa, concretando más entrevistas de evaluación para verificar dicho sensación clínica, sólo acuden a una segunda entrevista 34. Existe una pérdida de 17 adolescentes con sus respectivas familias, es decir, un 33% de ausencias en las segundas entrevistas.

De estos 34 adolescentes, 16 comienzan de forma inmediata la terapia de grupo, pero cuatro de ellos son eliminados de los análisis, ya que uno de ellos sólo asiste a la terapia individual y tres de ellos no asisten tras la primera sesión grupal.

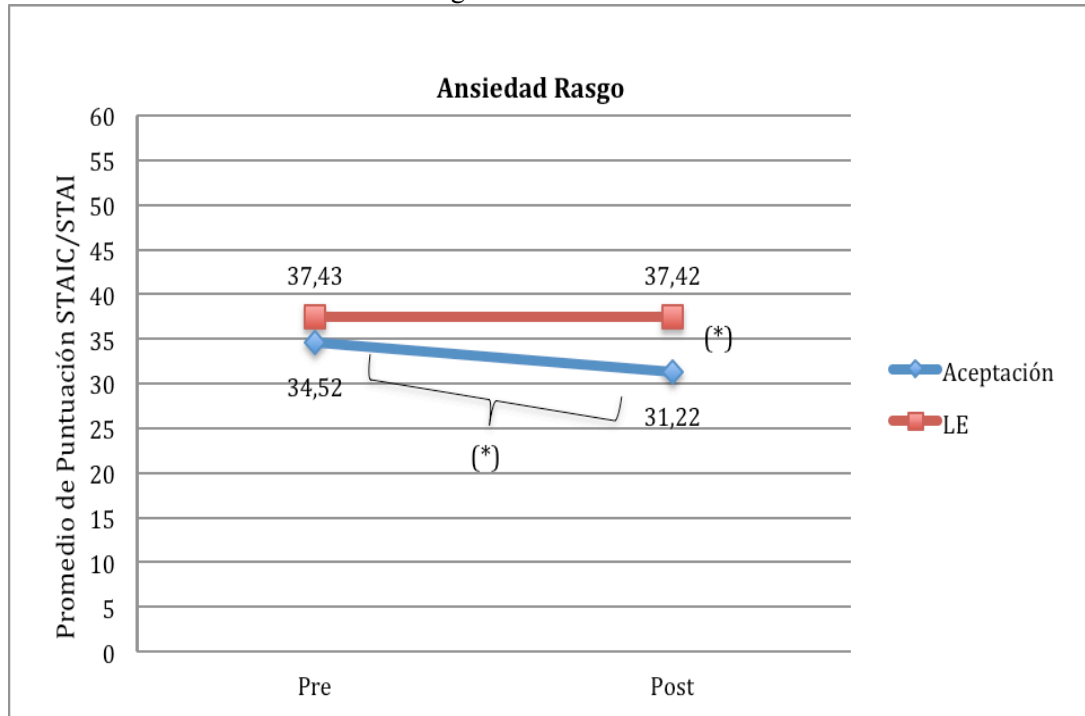
De los 18 que en principio tienen que esperar para aplicarse la terapia de Aceptación, 2 de ellos tras las cinco semanas dejan de cumplir criterios y 1 no acude a consultas tras las cinco semanas de espera.

La pérdida de adolescentes en la condición de Aceptación es del 12% y en el grupo de LE es del 16%. Además, de los 19 agrupados en Aceptación, todos asisten a todas las sesiones de terapia y en menor proporción a las de seguimiento. Frente a los 8 pacientes de LE que seguían cumpliendo criterios y que no asistieron al grupo una vez que se les indicó.

Ansiedad Rasgo

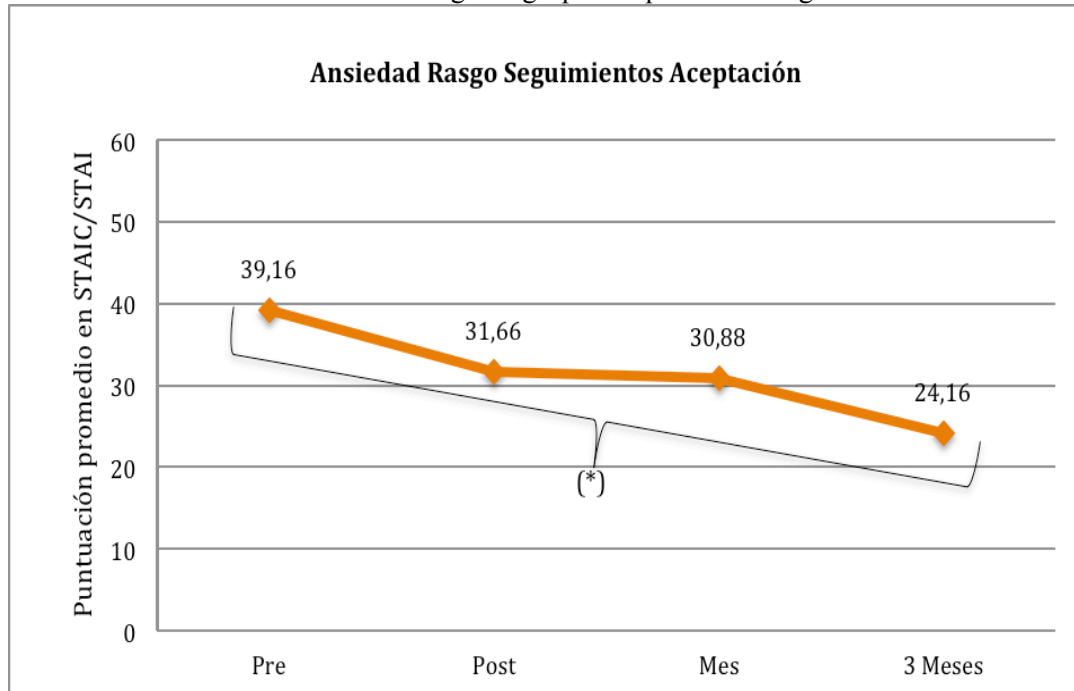
En la gráfica 1 de la comparación entre-grupos pre-post, se puede apreciar como la intervención provoca un efecto en la ansiedad rasgo. En los análisis se obtienen que existen diferencias significativas en ansiedad rasgo para el grupo Aceptación entre el momento pre y post ($t_{16}=3,05$ $p < 0,05$) y no para lista de espera. Si se llevan a cabo comparaciones en ambos grupos en los diferentes momentos temporales, se observa que para dicha variable no existen diferencias en el momento pre ($t_{28}=-0,68$ $p=0,55$) y que dichas diferencias si aparecen tras la intervención ($t_{30}=-2,74$ $p < 0,05$).

Grafico 1. Promedio en Ansiedad rasgo.



Al llevar análisis a cabo sólo con el grupo de Aceptación a lo largo de los diferentes seguimientos, se observa que existe una reducción de la ansiedad rasgo a lo largo del tiempo ($F_{3;15}=7,24$ $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,59$, $\beta = 0,83$) y que esta disminución sigue una tendencia lineal negativa ($F_{1,5}=18,45$ $p < 0,05$ $\eta^2 = 0,78$, $\beta = 0,92$) con un buen tamaño del efecto y potencia estadística. La intervención tiene un efecto a corto y largo plazo en ansiedad rasgo.

Grafico 2. Promedio en Ansiedad rasgo en grupo Aceptación en seguimientos.

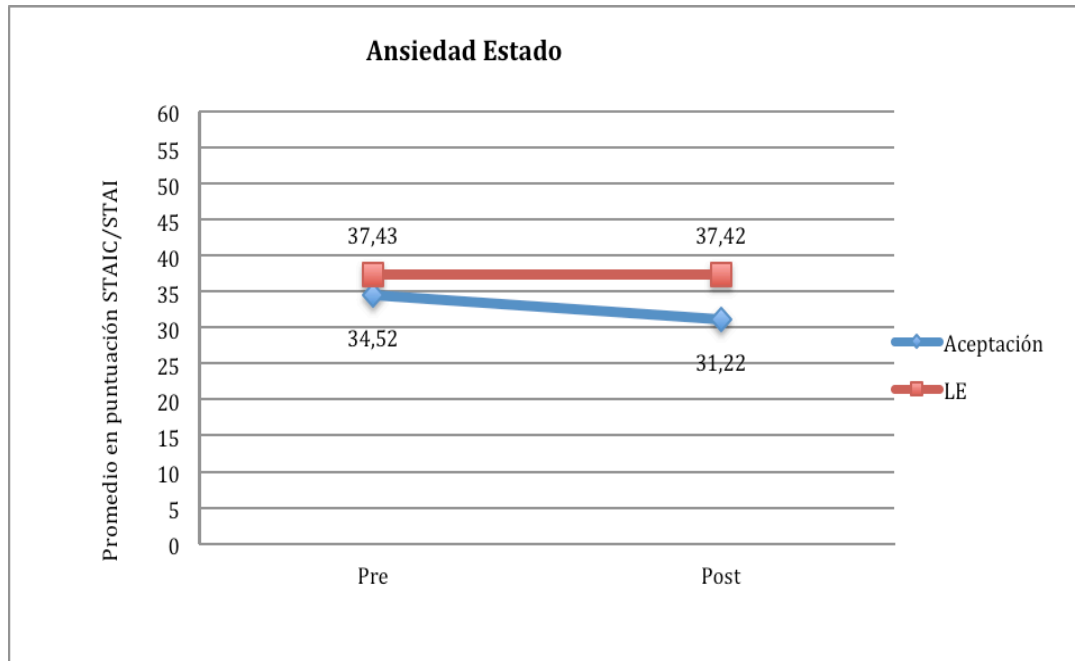


Ansiedad Estado

En ansiedad estado no existen diferencias entre ninguno de los grupos ni tras la intervención ($t_{16}=1,09$ $p=0,29$) ni tras el paso del tiempo ($t_{12}=2,11$ $p=0,056$). Si que existen diferencias al pre entre ambos ($t_{28}=-1,96$ $p < 0,05$) grupos pero no en el momento post

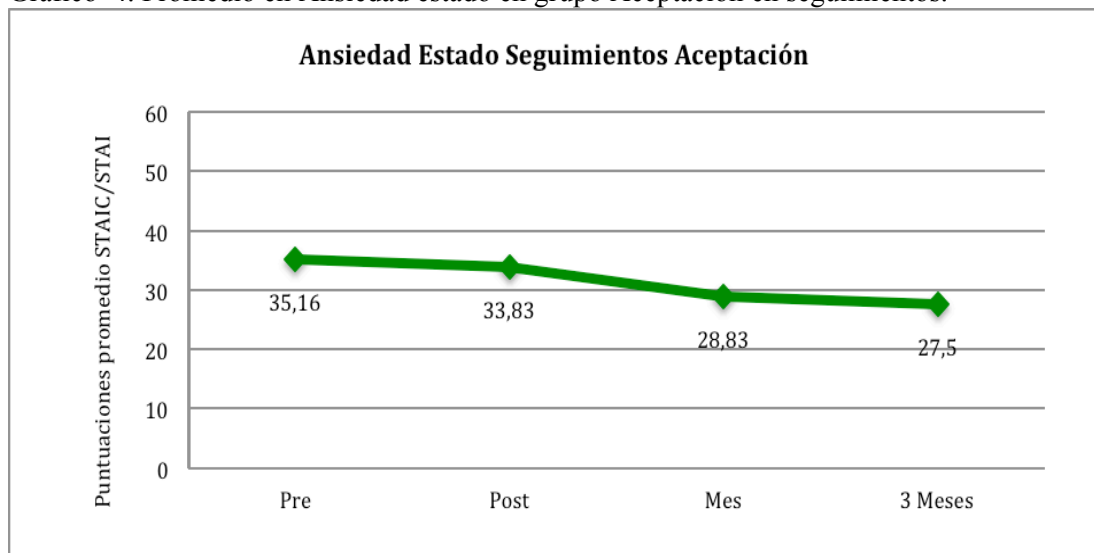
($t_{30}=-1,98$ $p=0,056$).

Grafico 3. Promedio en Ansiedad estado.



Los análisis de seguimiento en el grupo Aceptación revelan que no existen cambios en esta variable a lo largo de los diferentes momentos de medida ($F_{3;15}=1,83$ $p=0,18$)

Grafico 4. Promedio en Ansiedad estado en grupo Aceptación en seguimientos.

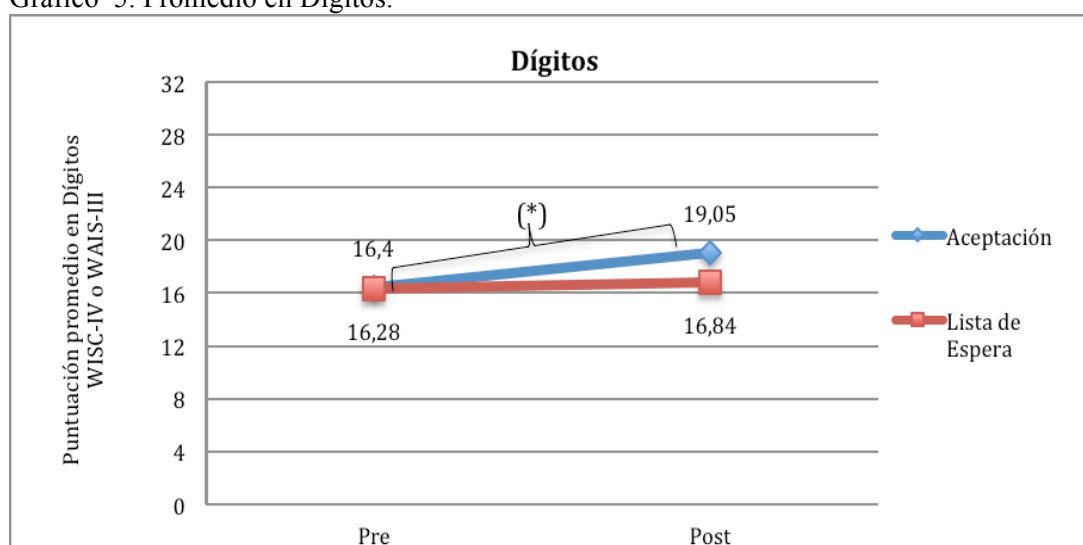


La intervención no provoca efectos en la variable ansiedad estado.

Concentración

Para valorar la concentración se ha medido a través de la prueba de dígitos. Se obtiene que tras el tratamiento existe una mejora en el rendimiento de dígitos en el grupo de Aceptación ($t_{14}=-3,13$ $p<0,05$), así como no se encuentran diferencias en el grupo de Lista de Espera ($t_{12}=-0,50$ $p=0,61$). No existen diferencias ni al inicio ($t_{27}=0,06$ $p=0,94$) ni al finalizar el tratamiento entre ambos grupos ($t_{28}=1,33$ $p=0,19$).

Grafico 5. Promedio en Dígitos.



La intervención aumenta la concentración en el grupo de participantes que pasan por la condición de aceptación.

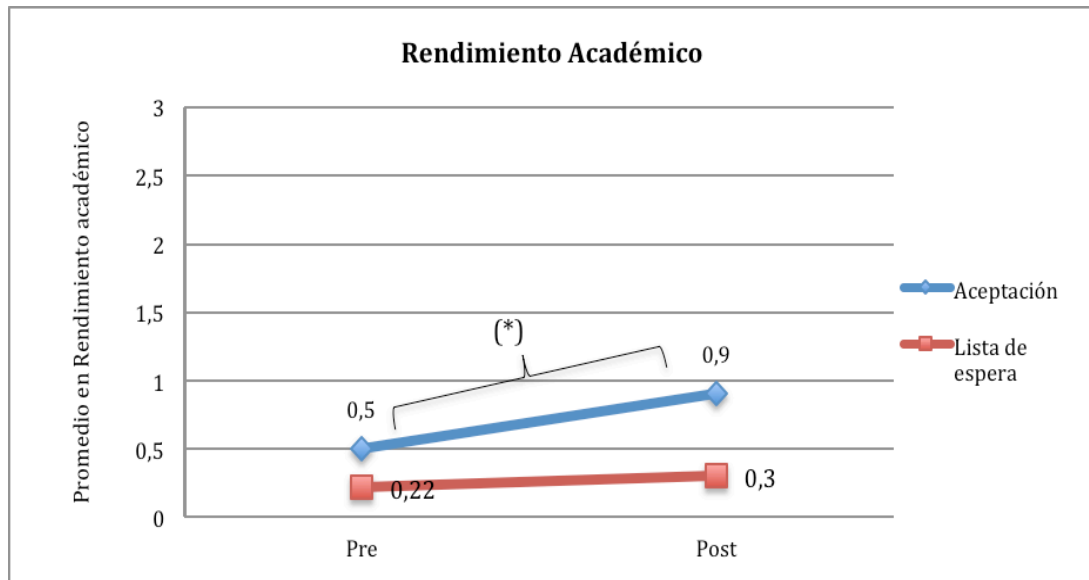
Rendimiento académico.

Esta variable junto con otras adicionales es tomada entre los tres y seis meses, en el grupo Aceptación como aquellos participantes del grupo de LE sobre los que se tiene contacto a los seis meses y que no han recibido ningún tipo de tratamiento. En el grupo Aceptación hay 12 participantes a los que se puede medir dicha variable, y en el grupo LE hay 13 participantes.

Se observa un aumento mínimo en el grupo de Aceptación pero que resulta estadísticamente significativo ($t_{11}=-3,30$ $p<0,05$) y no así para el grupo de lista de espera. Además el análisis entre ambos grupos por momento temporal, revela que al

inicio como es de esperar no existen diferencias entre los grupos ($t_{26}=1,92$ $p=0,06$) pero si, al introducir el tratamiento ($t_{24}=3,03$ $p<0,05$). En la siguiente gráfica se puede observar un resumen de lo encontrado en rendimiento académico.

Grafico 6. Promedio en rendimiento académico informado.

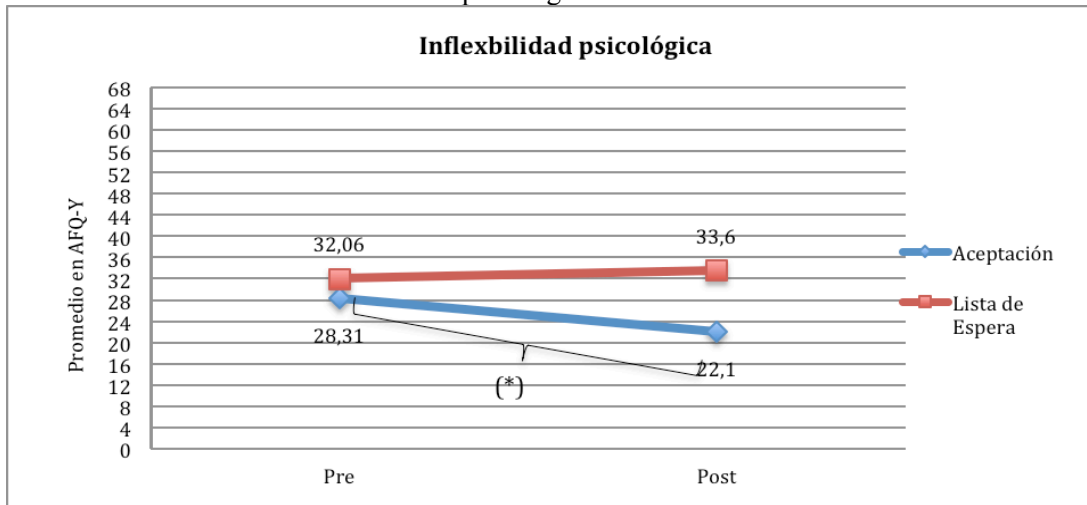


6.4.- Variables adicionales.

Inflexibilidad psicológica

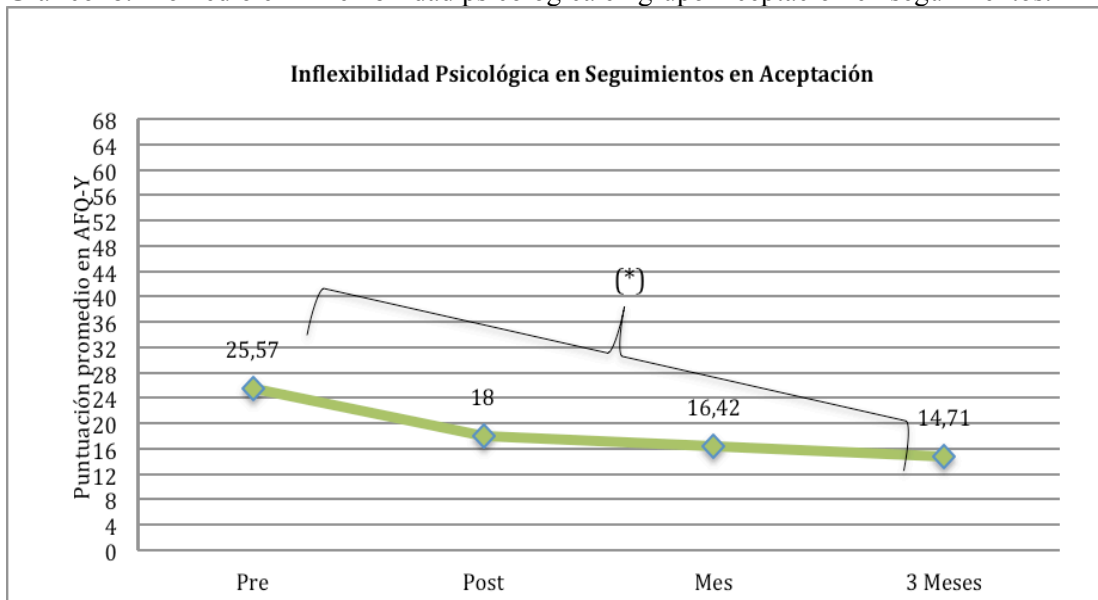
La comparación intragrupos muestra como tras la intervención existe una reducción de la puntuación de evitación experiencial en el grupo Aceptación ($t_{18}=2,90$ $p=0,00$) no así para el grupo LE ($t_{14}=-1,30$ $p=0,21$). Además en las comparaciones entregupos, en el momento pre como es de esperar ya que los grupos son equivalentes en esta variable no hay diferencias ($t_{32}=-1,19$ $p=0,24$) pero si existen diferencias en el momento post entre ambos grupos ($t_{32}=-4,66$ $p=0,05$).

Grafico 7. Promedio en inflexibilidad psicológica.



En esta misma variable para el grupo Aceptación a lo largo de los diferentes seguimientos también se observa que existe diferencias significativas en dicha variable no sólo entre el momento pre y post, como se obtienen en los análisis de ANOVA de medidas repetidas ($F_{3;18}=5,00$ $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,45$, $\beta = 0,84$) revelándose también que dicha reducción de puntuaciones sigue una tendencia descendente ($F_{1;6}=6,03$ $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,50$, $\beta = 0,54$).

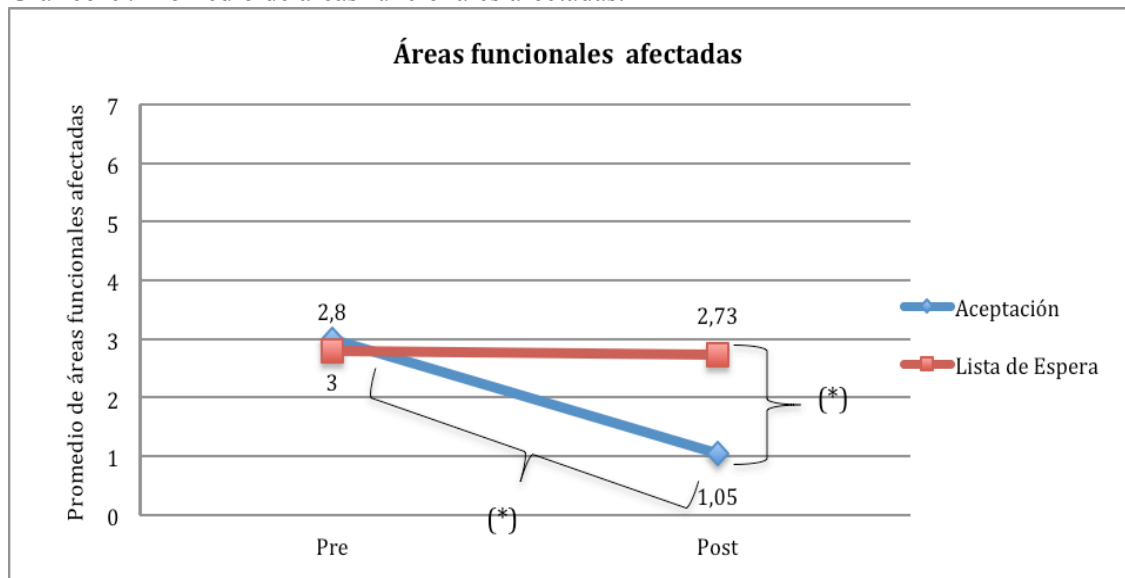
Grafico 8. Promedio en inflexibilidad psicológica en grupo Aceptación en seguimientos.



Áreas funcionales afectadas

En las comparaciones intragrupos, se obtiene que en el grupo de Aceptación, existen diferencias en la reducción del número de áreas funcionales afectadas ($t_{18}=6,27$ $p<0,05$) y no así para el grupo LE ($t_{14}=0,29$ $p=0,77$). Se observa que en las comparaciones entregupos en el momento pre, no existen diferencias significativas ($t_{32}=0,57$ $p=0,56$) y si existen entre ambos grupos al finalizar la intervención ($t_{32}=-6,90$ $p<0,00$).

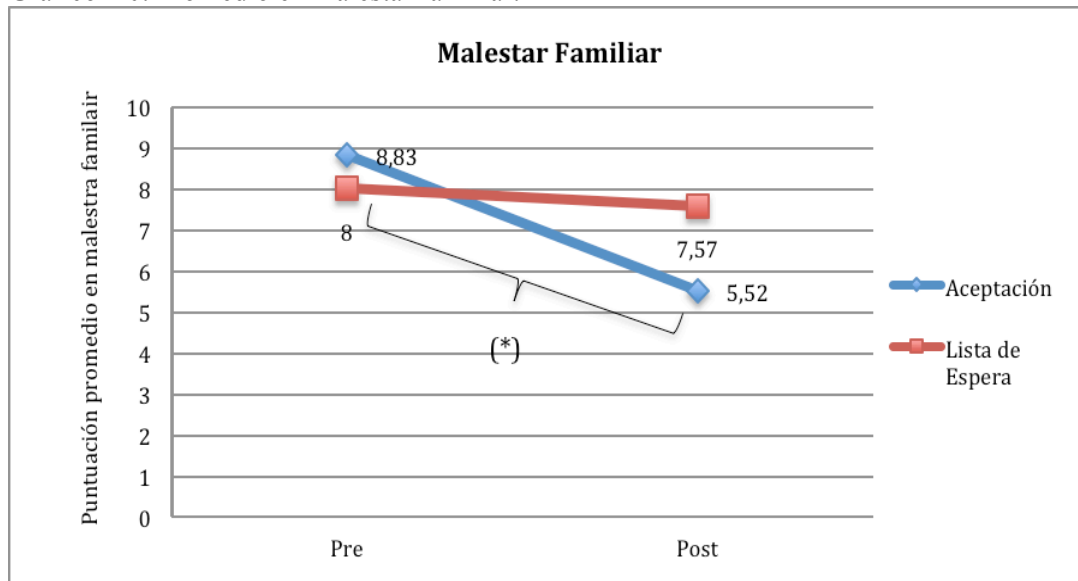
Grafico 9. Promedio de áreas funcionales afectadas.



Malestar familiar.

Se obtienen diferencias en la reducción de malestar familiar en el grupo Aceptación ($t_{16}=6,11$ $p<0,00$) y no en el grupo de LE ($t_6=1,54$ $p=0,17$). En las comparaciones entregupos, para el momento pre, se observan diferencias tanto el inicio de la intervención ($t_{24}=2,23$ $p<0,03$ como al finalizar la intervención ($t_{22}=-2,41$ $p=0,02$), no obstante como se puede observar en la gráfica 10, tan sólo existe una reducción en el grupo de Aceptación.

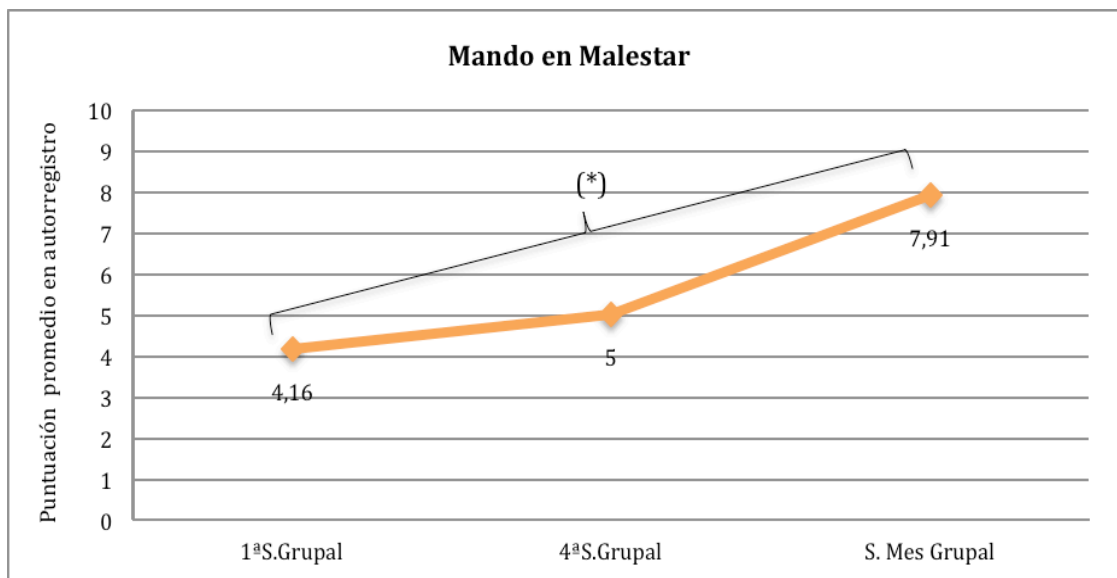
Grafico 10. Promedio en malestar familiar.



Mando en Malestar

En la gráfica 11 se puede observar que las sesiones producen un aumento de la capacidad de tolerar el malestar en los ejercicios de tensión propuestos para el grupo de Aceptación ($F_{2,10} = 15,20$ $p < 0,00$, $\eta^2 = 0,75$, $\beta = 0,99$).

Grafico 11. Promedio en mando en malestar.

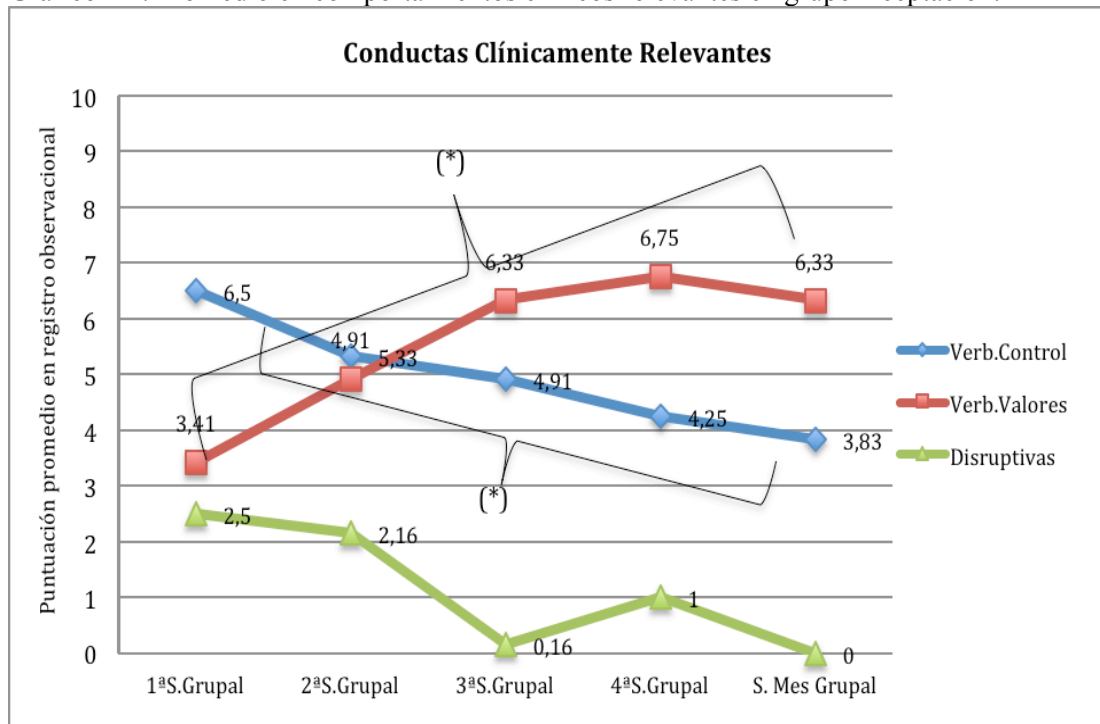


Dentro de las variables adicionales, aquellas que tiene que ver con comportamientos directamente observados en sesión, o comportamientos clínicos de

interés, se puede observar las siguientes apreciaciones.

En el caso de verbalizaciones de control se observa que existe un patrón significativo producido por la introducción del tratamiento que provoca diferencias significativas a lo largo de las diferentes sesiones ($F_{4,20}=16,10$ $p<0,05$, $\eta^2=0,76$, $\beta=1,00$). Y que además este patrón sigue una tendencia lineal negativa ($F_{1,5}=73,92$ $p<0,05$, $\eta^2=0,93$, $\beta=1,00$). Lo mismo ocurre con las verbalizaciones sobre valores, que aunque significativa ($F_{4,20}=19,39$ $p<0,05$, $\eta^2=0,79$, $\beta=1,00$) revela un patrón ascendente positivo ($F_{1,5}=96,18$ $p<0,05$, $\eta^2=0,95$, $\beta=1,00$). No se obtiene ningún efecto en conductas disruptivas, que aunque se puede apreciar una disminución de las mismas a lo largo del tratamiento, no existe un efecto significativo.

Grafico 12. Promedio en comportamientos clínicos relevantes en grupo Aceptación.



Se observa que sesión tras sesión existe un cambio en los comportamientos de los adolescentes, sobre todo en lo que dicen sobre valores y en la forma en que se implican en las sesiones, disminuyendo las conductas problemáticas.

6.5.- Análisis de significación clínica.

A continuación se presentan la significación clínica para aquellas variables medidas en ambos grupos antes y después del tratamiento, decir comparación entre-grupos pre-post. Como se puede observar si se comparan la proporción de cambios clínicos entre ambos grupos, existen diferencias entre los grupos de aceptación y lista de espera. No obstante estas diferencias están matizadas por la baja puntuación que tienen algunos participantes en la condición de aceptación (ver tabla 29 y gráfica 13.)

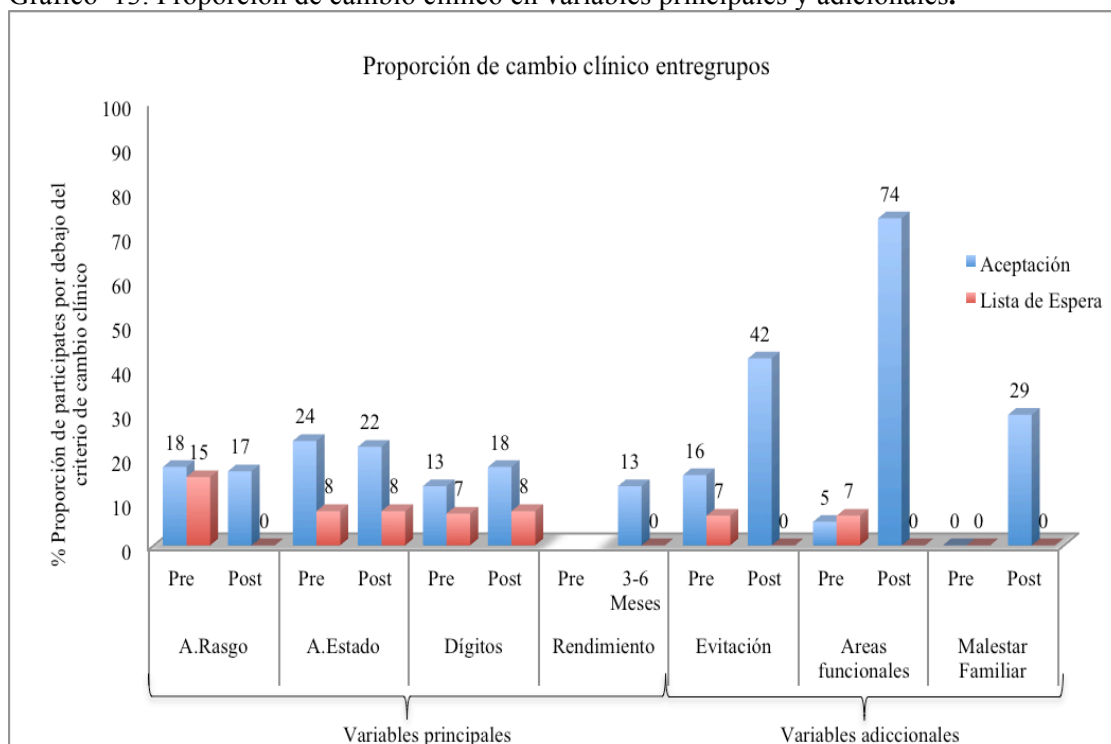
Tabla 29. Tabla resumen de cambios clínicos por participante.

	V. Principales								V. Adicionales						N° de Cambios de Suj/Var	
	A. Rasgo		A.Estado		Dígitos		Rendimiento		Evitación		Áreas funcionales		Malestar Familiar			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	3-6 Meses	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post		
Criterios Clínicos	Pc=29,84		Pc=28,44		Pc=20,84		1		Pc=20,97		< 2		< 5		Prip	Adic
S.1	NO	NO	NO	NO	----	NO	0,29	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	0	2
S.2	----	NO	----	NO	----	----	----	----	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0	0
S.3	SI	NO	SI	NO	NO	SI	----	----	NO	NO	NO	SI	NO	SI	1	2
S.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	----	----	NO	SI	NO	SI	NO	SI	1	3
S.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0,43	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	1	3
S.6	NO	SI	NO	SI	----	NO	0,40	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	2	2
S.7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	0,00	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	0
S.8	NO	NO	NO	SI	NO	NO	0,71	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	2	2
S.9	NO	SI	NO	NO	SI	NO	1,71	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	1	2
S.10	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1,43	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	0	2
S.11	SI	NO	NO	NO	NO	NO	0,29	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	0	1
S.12	SI	NO	SI	NO	NO	NO	0,00	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	0	1
S.13	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0,29	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	0	1
S.14	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0,57	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0	1
S.15	NO	SI	SI	NO	NO	NO	0,43	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	1	1
S.16	NO	NO	NO	Si	----	----	0,43	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	1	2
S.17	NO	NO	NO	SI	NO	NO	----	----	NO	NO	SI	NO	NO		1	0
S.18	NO	NO	SI	NO	SI	NO	0,29	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	0	1
S.19	----	----	----	----	NO	NO	0,29	NO	NO	SI	NO	SI			0	2
Aceptación	3/17	3/18	4/17	4/18	2/15	3/17		2/15	3/19	8/19	1/19	14/19	0/18	5/17		
S. 20 (13)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0,29	NO	NO	NO	NO	NO			0	0
S. 21 (14)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0,43	NO	NO	NO	NO	NO			0	0
S. 22	NO	NO	NO	NO	NO	----	0,29	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0	0
S. 23	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0,14	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0	

S. 24	SI	NO	NO	NO	NO	NO	0,14	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0	0
S. 25	-----	NO	-----	NO	NO	NO	0,14	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0	0
S. 26 (15)	NO	NO	NO	SI	NO	NO	0,43	NO	NO	NO	NO	NO	----	----	1	0
S. 27	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0,00	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0	0
S. 28 (16)	NO	NO	NO	NO	-----	-----	0,00	NO	NO	NO	NO	NO	----	----	0	0
S. 29 (17)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	----	----	NO	NO	SI	NO	NO	NO	0	1
S. 30	NO	NO	NO	NO	SI	NO	0,86	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0	0
S. 31	SI	NO	NO	NO	NO	NO	----	----	NO	NO	NO	NO	----	----	0	0
S. 32 (18)	NO	NO	SI	NO	NO	SI	0,14	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	0
S. 33	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0,00	NO	NO	NO	NO	NO	----	----	0	0
S. 34 (19)	-----	-----	-----		NO	NO	0	NO	SI	NO	NO	NO	----	----		
Lista de espera	2/13	0/14	1/13	1/14	1/14	1/13		0/13	1/15	0/15	1/15	0/15	0/8	0/8		

PC=Puntuación criterio de cambio clínico. Se trata del promedio \pm la desviación típica grupal, en función de si lo que se espera es que la variable aumenta o disminuya. En la tabla se pueden observar el número de participantes que está por debajo de una puntuación clínica en la variable de interés. En la fila de aceptación se puede apreciar el n° de participantes que cambian en cada una de variables relevantes o adicionales así como en la fila de lista de espera. En las columnas de la derecha, se puede apreciar el número de cambios que existe por participantes en cada una de las variables principales y adicionales.

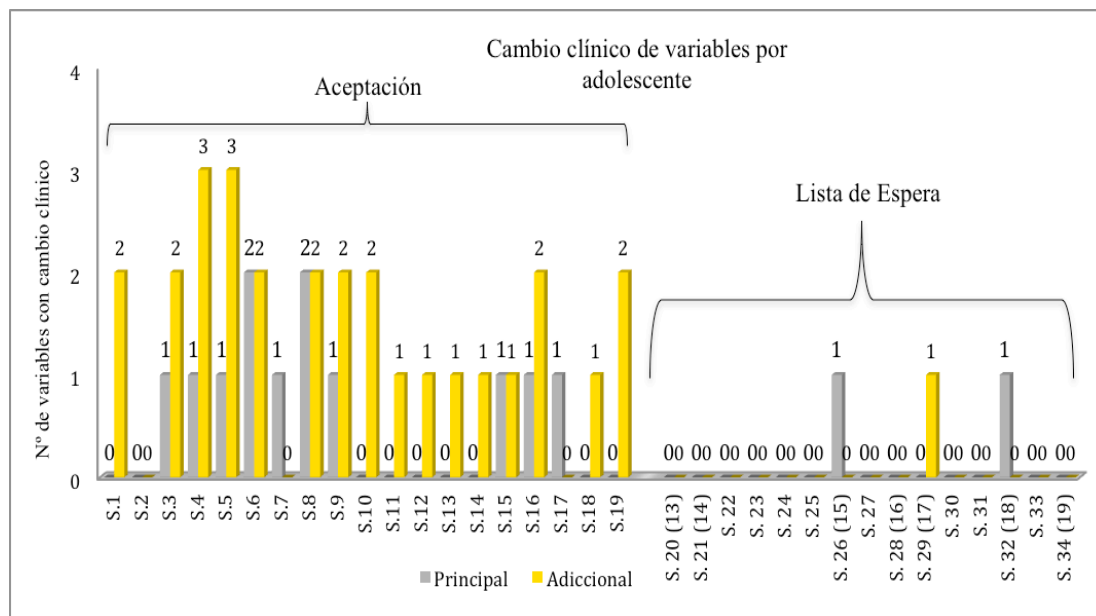
Grafico 13. Proporción de cambio clínico en variables principales y adicionales.



Al llevar a cabo una comparación de cambio de variables por sujeto, se puede apreciar que el en grupo de Aceptación, existe un mayor número de cambio tanto a nivel de variables principales como adicionales si se compara con el grupo Lista de espera (ver gráfica 14). En la gráfica sólo aparecen aquellos cambios clínicos de los participantes que teniendo una puntuación mayor al criterio clínico en el momento

pre obtienen una reducción significativa.

Grafico 14. Número de cambios en variables por participante



El número de variables principales son cuatro (ansiedad rasgo, ansiedad estado, dígitos y rendimiento académico) y las adicionales son tres (evitación, áreas funcionales y malestar familiar). En la parte de la izquierda se acumulan aquellos casos que pertenecen al grupo experimental de aceptación y los de la derecha al grupo de Lista de Espera.

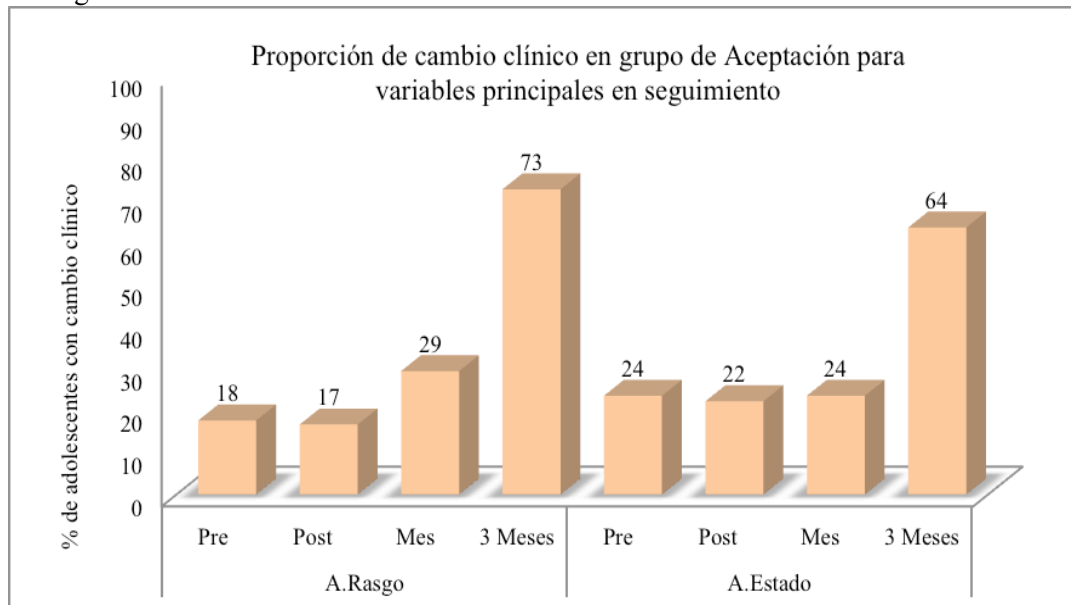
Es necesario analizar los cambios clínicos producidos en el grupo Aceptación en las diferentes variables a lo largo de los seguimientos. Se van a analizar todas aquellas variables sobre las que se han tomado más de dos medidas, para luego más tarde exponer todas aquellas variables en las que cada individuo ha habido un efecto.

Para las variables principales que se han tomado en los diferentes seguimientos, ansiedad rasgo y estado, se observa que existe un aumento del cambio clínico en los diferentes participantes (ver tabla 30 y gráfica 15)

Tabla 30. Tabla resumen de cambios clínicos en variables principales en grupo Aceptación a través de los seguimientos.

	A. Rasgo				A.Estado			
	Pre	Post	Mes	3 Meses	Pre	Post	Mes	3 Meses
	Pc=29,84				Pc=28,44			
S.1	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI
S.2	----	NO	SI	NO	-----	NO	NO	SI
S.3	SI	NO	-----	----	SI	NO	-----	----
S.4	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI
S.5	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI
S.6	NO	SI	NO	Si	NO	SI	SI	SI
S.7	NO	NO	----	-----	NO	NO	----	-----
S.8	NO	NO	NO	-----	NO	SI	NO	----
S.9	NO	SI	SI	-----	NO	NO	NO	----
S.10	NO	NO	NO	-----	NO	NO	SI	----
S.11	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
S.12	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO
S.13	NO	NO	NO	-----	NO	NO	NO	
S.14	NO	NO	NO	-----	NO	NO	NO	
S.15	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO
S.16	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
S.17	NO	NO	NO	-----	NO	SI	NO	
S.18	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
S.19	----	----	NO	SI	----	----	NO	SI
Participantes	3/17	3/18	5/17	8/11	4/17	4/18	4/17	7/11
Proporción	17,65	16,67	29,41	72,73	23,53	22,22	23,53	63,64

Grafico 15. Proporción de cambio clínico en variables principales en Aceptación a través de los seguimientos.

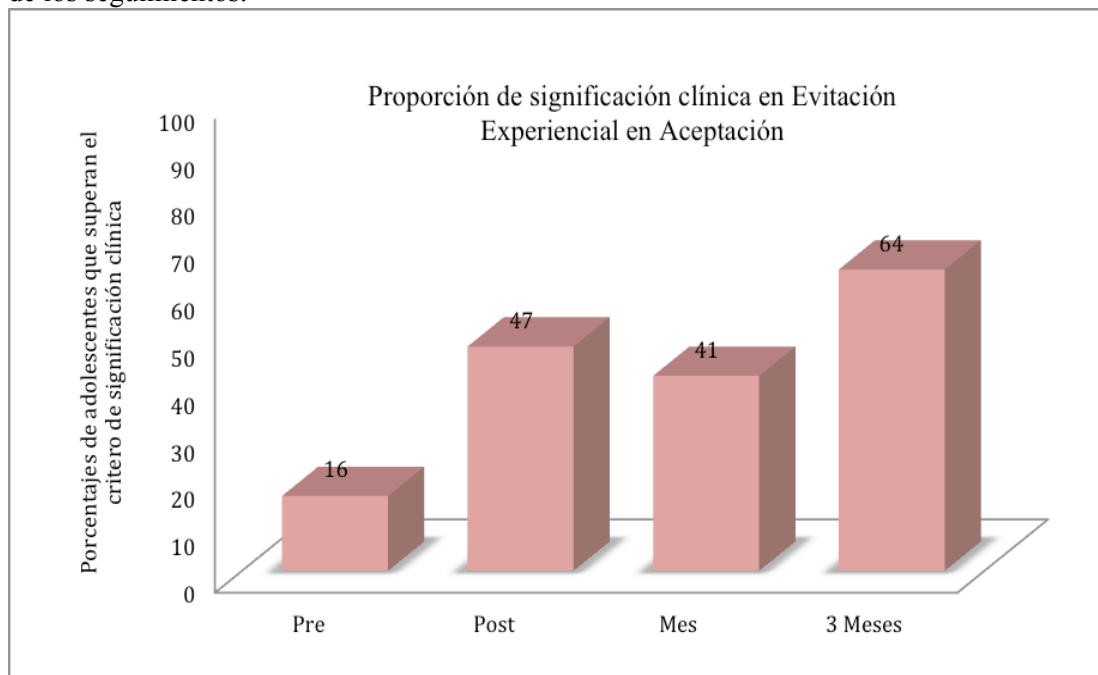


Para el caso de variables adicionales, en el caso de inflexibilidad psicológica se observa que conforme pasa el tiempo y las sesiones de evaluación y re-exposición de interacciones terapéuticas, los adolescentes reducen en inflexibilidad, por debajo del criterio clínico. Como se puede observar en la tabla 31 y la gráfica 16 a los tres meses existe una alta proporción de participantes que superan el criterio de cambio clínico.

Tabla 31. Tabla resumen de cambios clínicos en evitación experiencial en grupo Aceptación a través de los seguimientos.

	Evitación			
	Pre	Post	Mes	3 Meses
	Pc=20,97			
S.1	NO	SI	SI	SI
S.2	NO	NO	NO	NO
S.3	NO	NO	----	----
S.4	NO	SI	SI	SI
S.5	NO	SI	SI	SI
S.6	SI	NO	NO	SI
S.7	NO	NO	----	----
S.8	NO	SI	NO	----
S.9	NO	SI	SI	----
S.10	NO	SI	NO	----
S.11	SI	NO	NO	NO
S.12	SI	NO	NO	NO
S.13	NO	NO	NO	
S.14	NO	NO	NO	
S.15	NO	NO	NO	NO
S.16	NO	NO	SI	SI
S.17	NO	NO	NO	
S.18	NO	SI	SI	SI
S.19	NO	SI	SI	SI
Participantes	3/19	9/19	7/17	7/11
Proporción	16%	47%	41%	64%

Grafico 16. Proporción de cambio clínico en evitación experiencial en Aceptación a través de los seguimientos.

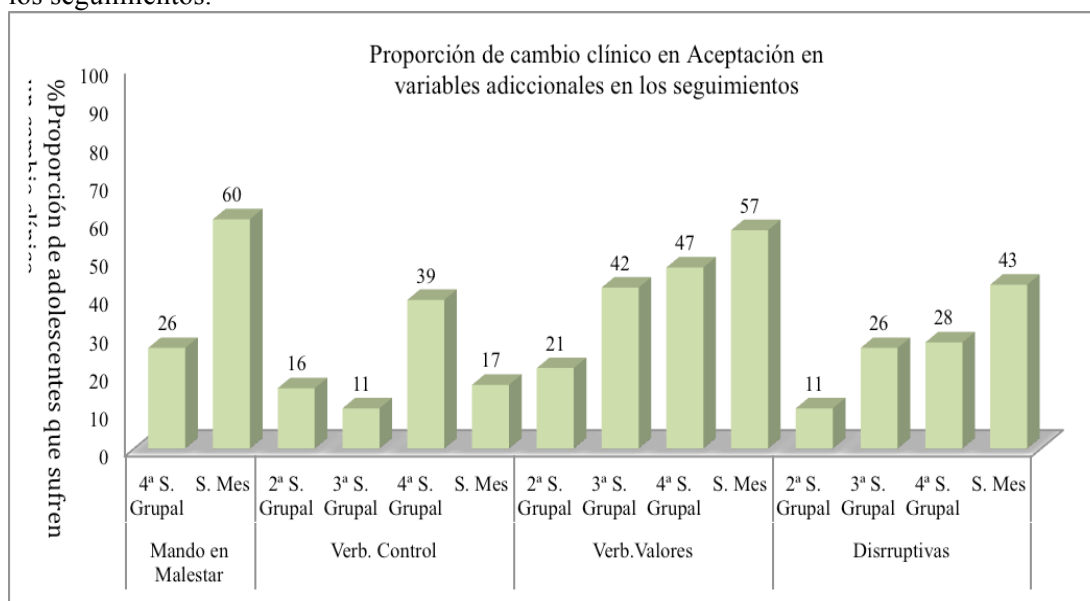


En el resto de variables adicionales, encontramos un patrón similar, ya que en la observación de comportamientos clínicamente relevantes, se revela que para verbalizaciones de control los participantes a partir de la segunda sesión, llevan a cabo mayor número de verbalizaciones de control según los registros observacionales (Tabla 32 y Gráfica 17)

Tabla 32. Tabla resumen de cambios clínicos en variables principales en grupo Aceptación a través de los seguimientos.

	Mando en Malestar		Ver. Control					Verb.Valores				Disruptivas			
	4ª S. Grupal	S. Mes	2ª S. Grupal	3ª S. Grupal	4ª S. Grupal	S. Mes	2ª S. Grupal	3ª S. Grupal	4ª S. Grupal	S. Mes	2ª S. Grupal	3ª S. Grupal	4ª S. Grupal	S. Mes	
S.1	SI	---	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	
S.2	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
S.3	NO	---	NO	NO	NO	---	SI	SI	SI	---	SI	SI	NO		
S.4	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	
S.5	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	
S.6	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	
S.7	NO	---	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	---	NO	NO	NO	----	
S.8	NO	----	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	---	NO	NO	NO	----	
S.9	NO		SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	---	NO	NO	NO	----	
S.10	NO		NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	---	NO	NO	NO	---	
S.11	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
S.12	NO	SI	NO	NO		NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	----	SI	
S.13	SI		NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
S.14	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	
S.15	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	
S.16	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	
S.17	SI		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
S.18	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	
S.19	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Particip	5/19	6/10	3/19	2/19	7/18	3/18	4/19	8/19	9/19	8/14	2/19	5/19	5/18	6/14	
Propor	26,32	60,0	15,79	10,53	38,89	16,6	21,05	42,11	47,37	57,1	10,53	26,32	27,78	42,86	

Grafico 17. Proporción de cambio clínico en variables adicionales en Aceptación a través de los seguimientos.



Debido a la falta de puntuaciones en los diferentes seguimientos, se va a considerar que un sujeto tiene un cambio clínico siguiendo un criterio de estabilidad. Se va a considerar cambio clínico en una variable cuando obtenga un cambio tanto al mes como a los tres meses. Por lo tanto, en la tabla 33, teniendo en cuenta esto se puede observar como el grupo de participantes de Aceptación, muestran cambios clínicos tanto en variables principales como adicionales.

Tabla 33. Resumen de cambios clínicos teniendo en cuenta la estabilidad del cambio en dos momentos de medida consecutivos.

En las columnas de la derecha se puede observar los cambios producidos por cada uno de los participantes del grupo de aceptación en las principales variables

	Variables Principales				Variables Adicionales							Total	
	A. Rasgo	A.Estado	Dígitos	Rendimiento	Evitación	Áreas afectadas	Malestar familiar	Mando en Malestar	Verb. Control	Verb. Valores	Disruptivas	VVBB Principales	VVBB Adicionales
S.1	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	1	3
S.2	NO	NO	---	---	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	0	2
S.3	NO	---	SI	---	---	SI	SI	NO	NO	NO	NO	1	2
S.4	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	2	5
S.5	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	1	5
S.6	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	1	4
S.7	NO	---	SI	NO	---	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	0
S.8	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	1	1
S.9	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	1	1
S.10	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	0	1
S.11	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	0	4
S.12	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	1	2
S.13	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	0	1
S.14	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	0	1
S.15	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	0	2
S.16	SI	SI	---	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	2	4
S.17	NO	NO	NO	---	NO	NO	--	NO	NO	NO	NO	0	0
S.18	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	0	2
S.19	NO	NO	NO	NO	SI	SI	--	NO	NO	NO	NO	0	2

relevantes y en las adicionales. Cuando en alguna de la variable, ansiedad rasgo, estado, evitación, mando en malestar, verbalizaciones de control, valores y disruptivas existe un SI, hace referencia a que este cambio se ha producido a los tres meses y al mes.

6.6.- Análisis de las altas terapéuticas.

Todos estos datos de significación clínica complementan y enriquecen los resultados encontrados en el apartado anterior de significación estadística. En función de los criterios establecidos para alta terapéutica (ver cap. 4. pp. 82) se puede apreciar la siguiente tabla que resume los criterios de altas terapéuticas. En esta tabla se puede apreciar en las últimas columnas las decisiones a las que llegan tanto el psicólogo clínico que da las altas en función de los criterios establecidos, como la decisión que toman otras dos psicólogas clínicas una vez explicados cada uno de los criterios y la historia del caso, y la evolución del mismo.

Tabla 34. Resumen de criterios de alta terapéutica.

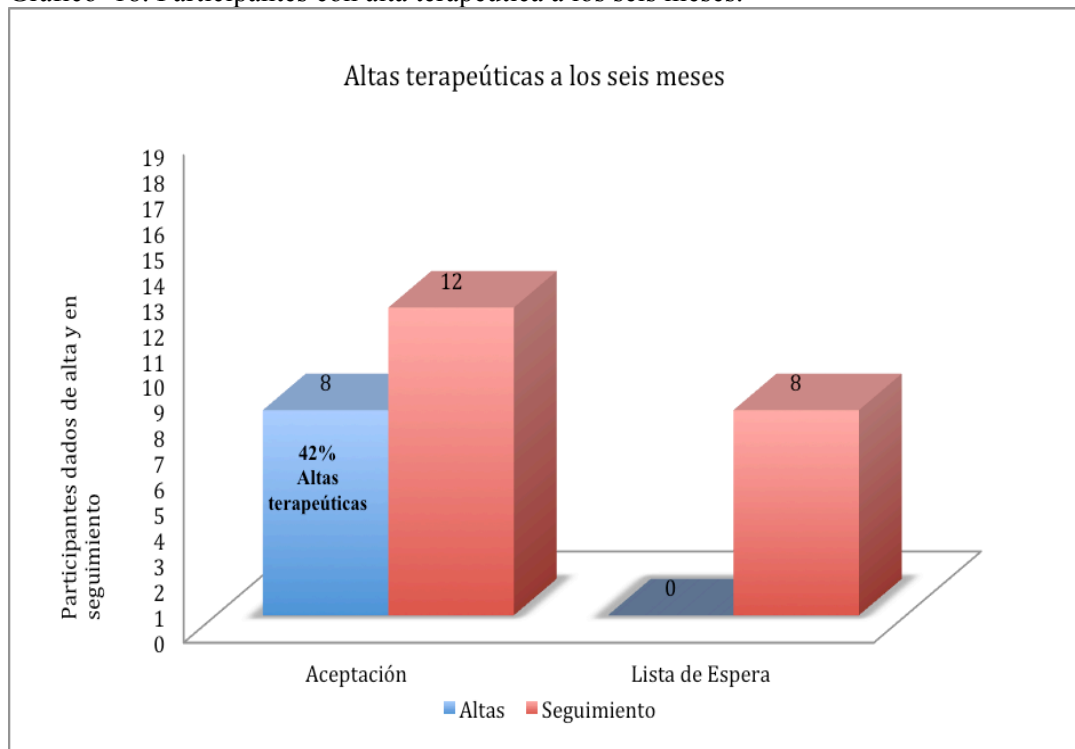
	Cambio en el patrón conductual	Cambios en variable principal	Cambios en Variable adicional	Asistencia a sesiones	PC 1	PC 2	PC 3
S.1	SI	1	3	100%	SI	SI	SI
S.2	SI	0	2	100%	NO	NO	NO
S.3	SI	1	2	58%	SI	NO	SI
S.4	SI	2	5	100%	SI	SI	SI
S.5	SI	1	5	100%	SI	SI	SI
S.6	SI	1	4	100%	SI	SI	SI
S.7	NO	1	0	58%	NO	NO	NO
S.8	SI	1	1	85%	NO	SI	¿?
S.9	SI	1	1	85%	SI	SI	SI
S.10	SI	0	1	85%	NO	SI	SI
S.11	NO	0	4	100%	NO	NO	¿?
S.12	NO	1	2	100%	SI	NO	SI
S.13	SI	0	1	71%	NO	SI	SI
S.14	NO	0	1	71%	NO	NO	NO
S.15	NO	0	2	100%	NO	SI	SI
S.16	SI	2	4	100%	SI	SI	SI
S.17	NO	0	0	85%	NO	SI	SI
S.18	SI	0	2	100%	NO	NO	NO
S.19	SI	0	2	100%	NO	SI	SI

Los pacientes 4, 6 y 12 reciben dos sesiones de psicoterapia adicionales tras la intervención. Y el paciente recibe una sesión extra antes de terminar la aplicación del protocolo.

En función de los criterios de alta establecidos, el psicólogo a los seis meses da el alta a siete pacientes de los 19, es decir el 42% de la muestra. Los pacientes que

pasaron por el tratamiento y se contactó con ellos telefónicamente o a través de entrevistas con los padres, señalaron que no habían superado los problemas que le traían a consulta y sería necesario vincularse de una forma más estrecha al servicio de salud mental. En la gráfica 19 se aprecia el ratio de adolescentes dados de alta en cada una de las condiciones.

Grafico 18. Participantes con alta terapéutica a los seis meses.



Para corroborar el criterio del psicólogo que lleva a cabo las altas terapéuticas, se pide la ayuda dos psicólogas clínicas, una con una experiencia en salud mental pública de más de 20 años, y otra con una experiencia de más de tres años en salud mental. Se explica cada uno de los casos y los criterios por los que se ha decidido dar el alta: cambio de patrón conductual al post de la intervención, variables de cambio de los diferentes cuestionarios y asistencia a tratamiento. Sobre estos criterios se piden que valoren si ellos también procederían al alta terapéutica.

Entre el P1 (psicólogo responsable del estudio) y el psicólogo con más años de experiencia (P2) existen un acuerdo evaluado por el Índice de Kappa de Cohen de 0,48, y entre el P1 y el psicólogo más joven en experiencia, un Índice de Kappa de Cohen de 0,78, y entre el P2 y P3, un acuerdo del 0,73. En los tres casos el acuerdo es bueno.

6.7. Asociaciones entre las medidas.

Para determinar si existen equivalencias entre las medidas, tras la intervención y el paso del tiempo, se han llevado a cabo análisis de correlaciones Pearson, sobre las que se ha establecido las pruebas estadísticas correspondientes.

En primer lugar interesa estudiar la relación existen entre ansiedad rasgo en inflexibilidad psicológica, encontrando que la correlación de Pearson entre ansiedad rasgo y flexibilidad psicológica es de $r=0,359$ $p<0,05$. En la siguiente tabla se pueden apreciar las principales correlaciones establecidas.

Tabla 35. Correlaciones entre variables principales y adicionales.

		A. Rasgo	A. Estado	Dígitos	Áreas afectadas	Malestar familiar	Rendimiento 3-6 Meses
Inflexibilidad psicológica	Correlación	,359(*)	0,075	-0,238	,590(**)	0,186	-,458(*)
	p	0,043	0,684	0,206	0	0,384	0,019
	N	32	32	30	34	24	26
A. Rasgo	Correlación	1	,642(**)	-0,228	,360(*)	0,147	-0,208
	p		0	0,243	0,043	0,494	0,329
	N		32	28	32	24	24
A. Estado	Correlación		1	0,046	0,228	0,157	-0,07
	p			0,814	0,209	0,465	0,744
	N			28	32	24	24
Dígitos	Correlación de Pearson			1	-0,294	-0,146	,424(*)
	p				0,115	0,526	0,044
	N				30	21	23
Áreas afectadas	Correlación				1	,615(**)	-,720(**)
	p					0,001	0
	N					24	26
Malestar familiar	Correlación de Pearson						-,686(**)
	p						0,002
	N						18

*p<0,05

**p<0,01

El grado de inflexibilidad psicológica al finalizar la intervención se relaciona además de con el nivel de ansiedad rasgo con el número de áreas afectadas y con el rendimiento mediante una relación lineal negativa.

Los niveles de ansiedad rasgo se relacionan con ansiedad estado y también con el número de áreas afectadas en los adolescentes.

El nivel de concentración conseguido tras la intervención permite establecer fuertes relaciones entre el nivel de rendimiento académico. Del mismo modo que a mayor número de áreas afectadas menor nivel de rendimiento. El mismo efecto se encuentra con el nivel de malestar familiar y el rendimiento académico.

No se encuentran hallazgos significativos cuando se establecen correlaciones entre la variable mando en malestar y evitación experiencial o ansiedad rasgo, por lo que esta medida de autoinforme no es posible relacionarla con ninguna otra.

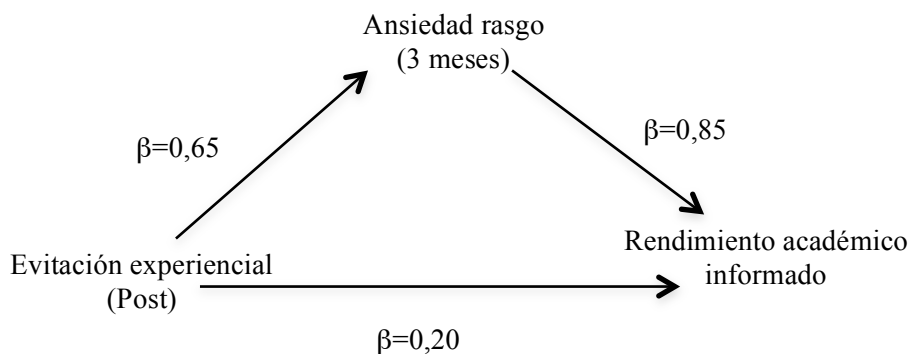
Sobre los datos ofrecidos se han llevado a cabo análisis de regresión lineal para determinar si a partir de las variables medidas se pueden establecer predicciones. En la tabla 36 se puede observar los principales efectos encontrados con respecto al grado de predicción.

Tabla 36. Valores β y efectos significativos en análisis de regresión lineal.

Predictora	Criterio	R (β)	R ²	F	p
AFQ-Y (post)	AFQ-Y (mes)	,657	,431	11,38	,004
AFQ-Y (mes)	AFQ-Y (3 meses)	(3),823	,677	18,87	,002
A. Rasgo 3 Meses	Rendimiento	,853	,728	18,71	,003
AFQ-Y (Post)	Rendimiento	,206	,042	,486	,500
AFQ-Y (Post)	A. Rasgo (3 meses)	(3),65	,426	6,67	,030

En otra línea y relacionada con el rendimiento, se observa que la ansiedad rasgo de los tres meses, va a ser una medida que media entre la evitación post y el rendimiento. Por lo que al igual que otros autores establecen sobre los efectos mediacionales de la evitación (Baron y Kenny, 1986; López y cols., 2011) en este estudio se aprecia que la evitación post tiene media los efectos del rendimiento académico (Ilustración 2).

Ilustración 2. Valores β del análisis mediacional. La ansiedad rasgo media el efecto entre el rendimiento y la evitación experiencial al post de la intervención.



6.8. Análisis de la fiabilidad del protocolo.

En las sesiones grupales, además de los participantes y el terapeuta, había un observador entrenado para recoger los elementos claves de la intervención tanto en el terapeuta como en los adolescentes. Esta medida se ha utilizado como una forma de mantenerse fiel al protocolo, así como un elemento que ayudaba para reflexionar al finalizar la sesión, permitiendo ajustar más los ejercicios en la próxima sesión (Anexo 11 y 12).

Las sesiones fueron grabadas con el fin de asegurar una evaluación externa. En función del registro de componentes del protocolo, se ha pedido a un observador externo y entrenado en análisis funcional que puntué el ajuste al protocolo, en diferentes sesiones elegidas al azar. Como en cada uno de los grupos existía un observador, las puntuaciones del observador interno y del observador externo han servido para comprobar el ajuste al protocolo. Las sesiones valoradas han sido elegidas al azar, eligiendo una de la individual, y una de cada una de las grupales. Se ha utilizado el índice de Kappa de Cohen, siendo las puntuaciones por encima de 7 aquellas dadas por el observador como presencia y ausencia aquellas por debajo de 7.

En cada sesión se evaluó, desesperanza creativa, relación terapéutica, valores, defusión y acción comprometida. En la siguiente tabla se puede observar el índice obtenido para cada una de las sesiones evaluadas.

Tabla 37. Índice de Kappa para fiabilidad de observadores.

	S. Individual	Sesión 1ª Grupal	Sesión 2ª Grupal	Sesión 3ª Grupal	Sesión 4ª Grupal
Kappa	0,80	0,60	0,56	0,80	1,00

Los índices son altos en las sesiones evaluadas, por lo que ambos jueces están indicando que existe concordancia entre los que se dice que hace y lo que se hace.

6. 9. Resumen.

En resumen los datos obtenidos son óptimos. Al inicio del estudio ambos grupos son homogéneos. La proporción de adherencia al protocolo es mayor para los

adolescents que entran de forma inmediata al tratamiento, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en ansiedad rasgo en el grupo Aceptación en comparación al grupo de LE, cambios que se mantienen de forma descendente en los seguimientos. No existen cambios para ansiedad estado. Al finalizar la intervención, ambos grupos muestran diferencias en concentración y rendimiento académico, a favor del grupo de aceptación.

Para el resto de variables adicionales, existen diferencias estadísticas en inflexibilidad psicológica, áreas funcionales afectadas, malestar familiar, mando en malestar (autocontrol) y comportamientos clínicos relevantes a favor del grupo de Aceptación. Estos cambios también se mantienen en los seguimientos así como en las proporción de cambios clínicos de ambos grupos. Con respecto a esto último se aprecia que la mayor proporción de cambio se dan en los participantes del grupo de Aceptación y así como el mayor número de variables en las que se produce un cambio tanto al finalizar la intervención como en los seguimientos es en el grupo de Aceptación.

Se puede establecer que la intervención a producido cambios tanto a nivel estadístico como clínico, al analizar los efectos a nivel de pre y post intervención y a nivel de los diferentes seguimientos y variables que se han utilizado con el grupo aceptación.

Tabla 38. Resumen de efectos estadísticos y clínicos a nivel pre-post* en ambos grupos

		Aceptación		Lista de Espera	
		Estadística	Clínica	Estadística	Clínica
Variables principales	Ansiedad Rasgo	SI	17%	NO	0%
	Ansiedad Estado	NO	28%	NO	2%
	Dígitos	SI	18%	NO	8%
	Rendimiento	SI	13%	NO	0%
Variables adicionales	Evitación experiencial	SI	42%	NO	0%
	Áreas funcionales afectadas	SI	74%	NO	0%
	Malestar familiar	SI	29%	NO	0%

La variable rendimiento se está comparando al pre y a los seis meses.

Tabla 39. Resumen de efectos estadísticos y clínicos en seguimientos con grupo Aceptación.

		Significación Estadística		Significación Clínica						
		Efecto principal	Contraste Tendencias	2ª S. Grupal	3ª S. Grupal	4ª S. Grupal	2ª S. Grupal	Post	Mes	3 meses
Variables principales	Ansiedad Rasgo	SI	Lineal negativa					17%	29%	73%
	Ansiedad Estado	NO	---					22%	24%	64%
Variables adicionales	Evitación experiencial	SI	Lineal negativa					47%	41%	64%
	Mando en malestar	SI	Lineal positiva			26%			60%	
	Verba. Control	SI	Lineal negativa	16%	11%	39%			17%	
	Verba. Valores	SI	Lineal positiva	21%	42%	47%			57%	
	Disruptivas	NO	---	11%	26%	28%			43%	

Al post, tras cinco semanas de intervención, se obtiene que:

- Existe una reducción en ansiedad rasgo.
- Un aumento de los niveles de concentración.
- Una reducción de las áreas funcionales afectadas.
- Existe una reducción de la evitación experiencial
- Reducción en los niveles de malestar familiar percibido por los padres de los adolescentes.

Además se observa que en los seguimientos al mes y tres meses, esto se repite en el grupo al que se aplica el protocolo asistencial, al igual que existe un aumento en las puntuaciones obtenidas en variables que están relacionadas con el proceso terapéutico, por lo que se observa que en el grupo de intervención:

- Existe una reducción progresiva en ansiedad rasgo a lo largo de los seguimientos.
- Existe, también una reducción de evitación a lo largo de las sesiones de seguimiento.
- Existe un aumento de la tolerancia al malestar y por tanto mayor autocontrol.

- Existe un aumento de la implicación por parte de los adolescentes a lo largo de las sesiones como se refleja en un mayor grado de verbalizaciones relacionadas con valores y menor uso de verbalizaciones referidas a control.

Por último y entre los tres y seis meses del inicio del estudio se obtiene un aumento significativo del rendimiento académico en el grupo de Aceptación, y una alta proporción de altas terapéuticas.

Además se obtiene que análisis mediacionales señalan que la ansiedad rasgo de los tres meses es la que media el efecto entre inflexibilidad psicológica y rendimiento académico. Dicho de otra manera, se concluye que al aumentar la aceptación al finalizar la intervención esto se relaciona con el cambio en ansiedad rasgo a los tres meses que influye en el aumento del rendimiento académico.

Todo esto dentro del contexto de fiabilidad de adherencia al protocolo.

Capítulo 7.

7.- Discusión, limitaciones e implicaciones clínicas.

7. 1.- Introducción.

En este capítulo se presentan ideas extraídas de los datos obtenidos. En primer lugar se expondrán las hipótesis que han sido confirmadas así como otras reflexiones que se han extraído del estudio y del análisis de los datos. Se presentarán las limitaciones con las que cuentan el estudio así como las posibilidades de mejora en proyectos futuros, sobre todo en relación a estudios comparativos.

7.2. Discusión

Los resultados expuestos vienen a apoyar las hipótesis que habían sido formuladas.

Se demuestra que el grupo de adolescentes que menos ausencias se producen son aquellos que reciben inmediatamente el tratamiento. Ya que los que permanecen en lista de espera se producen más ausencias, una vez que se les ofrece el tratamiento, se confirma la primera hipótesis (Hipótesis 1). Existe mayor adherencia al protocolo asistencial en los adolescentes del grupo de tratamiento.

Se demuestra que tras la intervención de Aceptación, frente a la condición de LE, las puntuaciones en ansiedad rasgo se reducen de forma significativa (Hipótesis 2). Esto se ve corroborado con los análisis realizados en ansiedad rasgo en el grupo de Aceptación a lo largo de los seguimientos, dónde también se obtiene una reducción progresiva de los niveles de ansiedad rasgo.

Por otro lado, se comprueba que, los participantes del grupo de Aceptación obtienen un rendimiento mayor en la tarea de dígitos, tarea relacionada con atención sostenida y memoria operativa. Este mayor rendimiento, que es significativo, sólo se da en la aplicación del protocolo de Aceptación no observándose cambios en el grupo LE (Hipótesis 3).

A su vez, el protocolo asistencial provoca una reducción en la variable inflexibilidad psicológica. En las comparaciones entre grupos se obtiene un patrón muy significativo de reducción de puntuaciones de inflexibilidad, frente al cambio inexistente del grupo LE. La intervención de cinco sesiones provoca una reducción en el grupo de Aceptación relevante que no se da en el grupo LE (Hipótesis 4). Existe por tanto un mayor grado de contacto con emociones desagradables en los participantes que pasan por el protocolo asistencial.

Tras las entrevistas con los adolescentes y padres tras la intervención, se observa una reducción en los informes que dan ambos, en cuanto al nivel de disfuncionalidad, señalando que a nivel de grupo existe una reducción de las áreas en las que el problema estaba afectando. En otras palabras, tras el protocolo asistencial aplicado, se reducen las áreas problemáticas sobre las que están incidiendo los problemas psicológicos que traen a consulta al niño (Hipótesis 5).

En relación a lo anterior, también se recoge por parte de los padres o tutores, que la intervención está provocando una reducción del malestar en la familia. Aunque los datos del grupo de LE son menores que en el grupo Aceptación, se obtiene una menor percepción de malestar emocional tras la intervención que tras la lista de espera (Hipótesis 6).

Los cambios en rendimiento académico son mínimos, aunque llegan a ser significativos en el grupo de Aceptación frente al grupo de LE. No existen cambios relevantes en el grupo de LE (Hipótesis 7).

Por otro lado, y en relación a las medidas usadas, existe correlación significativa entre medidas de ansiedad e inflexibilidad psicológica tras la aplicación del protocolo o tras las semanas en lista de espera, se comprueba que las medidas de ansiedad tienen fuertes asociaciones una vez que se ha aplicado la intervención y ha finalizado el proceso de lista de espera. (Hipótesis 8).

Tras la intervención y al cabo de los seis meses se observa una proporción del 42% de altas terapéuticas en los adolescentes tratados con el protocolo asistencial breve, por lo que sugiere que se confirma dicha hipótesis (Hipótesis 9).

Fuera de las hipótesis establecidas, se ha encontrado además que no existen relaciones entre las medidas directas usadas en sesión que son indicativas de tolerancia a la frustración o mando en malestar, con medidas de cuestionarios como ansiedad estado o rasgo y/o inflexibilidad psicológica. No existen datos estadísticos que puedan hacer confirmar la hipótesis de que existe relación entre medidas de mando de malestar, ansiedad rasgo e inflexibilidad psicológica.

Aparecen un conjunto de variables relacionadas con reglas proporcionadas por FAP que tienen que ver con la promoción de habilidades del terapeuta de evocar y fortalecer comportamientos relevantes en consulta. Las variables asociadas a las habilidades terapéuticas y vinculadas a comportamientos clínicos relevantes, revelan que la forma de actuar del terapeuta en sesión provoca un aumento de comportamientos verbales en los adolescentes que tiene que ver con su mayor conciencia sobre asuntos importantes en su vida, y del giro que dan las explicaciones que dan sobre el control de eventos privados. El análisis de las verbalizaciones nos lleva a concluir que los adolescentes reducen éstas, en relación al control de sus emociones, aumentando la tendencia a la aceptación de las mismas. Con respecto a esto último se revela que se reduce la forma en que el adolescente habla sobre sus emociones, tendiendo más a la aceptación que el control de los mismos.

Además de llevar a cabo análisis de comparaciones de medias entre las variables de interés tanto a nivel pre y post, como de seguimientos, se han llevado a cabo análisis de significación clínica.

Las puntuaciones de participante a participante se han analizado, bajo el criterio de una desviación típica. Este criterio se ha seleccionado en base a los estudios de Jacobson y Truax (1991) y Iraurgi (2010). Estos autores proponen dos desviaciones típicas, si bien los tiempos de aplicación de los protocolos cuentan con mayor número de sesiones. Dado que la intervención propuesta es más corta, se ha decidido reducir el criterio de significación.

Los análisis clínicos de individuo a individuo vienen a corroborar los efectos estadísticos antes señalados, mostrando que la intervención en Aceptación, a las cinco semanas genera cambios en un 17% de los participantes en ansiedad rasgo, un

42% en evitación experiencial y un 74% de adolescentes en las áreas funcionales que dejan de estar afectadas.

Estas proporciones se mantienen constantes en las proporciones en los diferentes seguimientos. Así el 73% de los adolescentes que pasan por la condición Aceptación reducen su puntuación rasgo en una desviación típica a los tres meses y un 64% en inflexibilidad psicológica.

Los análisis de cambio clínico, se han llevado con el objeto de poder explorar y realizar altas terapéuticas. Transcurridos seis meses, se realizan entrevistas personales o telefónicas con los padres y adolescentes, tanto de aquellos en los que aún existe vinculación al grupo de Aceptación como aquellos participantes que siguen vinculados al centro de salud mental pero que no acuden a las entrevistas.

Sin perder de vista las limitaciones del procedimiento de altas terapéuticas, tanto en los criterios utilizados, como en el profesional que efectúa las mismas, los análisis de estas revelan como en el grupo de Aceptación, existe una proporción de las mismas considerable. En el grupo de LE hay una imposibilidad para recoger medidas al mes y tres meses de las variables principales y adicionales. No obstante, la información proporcionada por los padres se pueden considerar bastante veraz a los tres meses de iniciar su vinculación con el CSM.

En definitiva los análisis revelan que, en el grupo de aceptación, 8 de 19 pacientes son dados de alta, con una media de cinco sesiones de terapia. De estos 8 pacientes existen cambios en las principales variables de interés ya sean principales o adicionales. A su vez se considera cambio en ansiedad rasgo cuando este se mantiene al mes y tres meses. El 42% de la muestra es dada de alta a los seis meses, tras las entrevistas con los padres y el adolescente.

Otro conjunto de análisis que se han realizado y que están fuera de las hipótesis que se marcaban al principio del estudio tienen que ver con análisis de regresión realizados en torno a la inflexibilidad psicológica, ansiedad rasgo y otras variables de variables de resultado.

Estos demuestran que la relación entre el rendimiento académico y la

inflexibilidad psicológica es mediado por la ansiedad rasgo. Así pues al disminuir la inflexibilidad psicológica, se produce una alteración en los niveles de ansiedad rasgo provocando efectos directos en la ejecución académica.

Dicho todo lo anterior, y con el propósito de tratar de exponer de una forma clara la discusión que se abre ante estos resultados, ésta va a ser organizada en tres apartados: i) impacto de la intervención en el funcionamiento del adolescente, ii) impacto de la intervención en variables proceso de cambio; iii) equivalencias entre medidas y variables medidoras de cambio.

Impacto de la intervención en el funcionamiento del paciente.

El protocolo asistencial de intervención, provoca mejoras en el rendimiento en tareas de concentración, aumentado su ejecución en la tarea de dígitos. Los resultados aquí obtenidos vienen a corroborar lo que se ha hallado en otros estudios con estudiantes adultos en contexto experimental. En el estudio de López y cols., (2011) se encuentra que niveles altos de inflexibilidad psicológica están relacionados con un menor rendimiento en tareas de memoria operativa. Merece destacar que la introducción de ejercicios de mindfulness, aumenta más aún el rendimiento. El estudio actual, lanza datos que van en la misma dirección, con la ventaja de una realización más ecológica y en población adolescente. Así pues, el protocolo provoca un aumento del rendimiento en concentración.

Son necesarios más estudios para poder establecer conclusiones causales a este respecto, pero posiblemente el estar menos enredado con uno mismo, es decir, tener más capacidad para distanciarse de los pensamientos y centrarse en una tarea, esto haga que exista más atención hacia la tarea.

La mejor ejecución en concentración también tiene que ver con la mejora en rendimiento a nivel de grupo. Hay que señalar que tanto en el grupo de Aceptación como el de Lista de Espera LE, cuentan con notas bajas al iniciar el estudio, teniendo la mayoría fracaso escolar. Quizás lo más importante no es tanto que los adolescentes superen el curso de forma completa, sino que con respecto al rendimiento académico existe una tendencia a los seis meses hacia la mejora. La intervención, y sobre todo las interacciones dirigidas a clarificación de valores desde un inicio en el estudio, tal

vez pongan de relieve la importancia de esta área de su vida, y genere en ellos mayor nivel de autoeficacia. Por tanto, la intervención también provoca cambios, aunque sean leves, a nivel de rendimiento académico.

Estos datos se corroboran con otros estudios de caso en los que se ha encontrado también mejoras en el rendimiento escolar (Morris y Greco, 2002; Brown y Hooper, 2009; Martín Murcia y cols., 2009).

Desde el punto de vista que nos da la entrevista con los adolescentes y los padres, se obtiene que la intervención en Aceptación provoca un efecto general en la vida de los adolescentes. Tanto los padres como los adolescentes señalan, que la forma de funcionar es diferente, que son más colaboradores, afrontan de forma más madura los problemas que se les presentan y se muestra más comunicativos y participativos en la familia. Todos ellos mejoran en áreas relacionadas con los amigos y familia. Existe una menor coincidencia entre los padres y adolescentes en cuanto al área educativa. Todos se valoran más eficientes en diferentes parcelas de su vida, aunque reconocen que a nivel escolar siguen presentando problemas.

Con la familia sólo se tienen entrevistas de evaluación al inicio y al finalizar la intervención, pero no se lleva a cabo ningún tipo de tratamiento con ellos. Teniendo en cuenta la información de los padres, este estudio valora el impacto en la vida de los familiares, obteniendo que tras la intervención existe un mejor clima familiar. Sería interesante llevar a cabo estudios en el que se valore el impacto añadido de intervención con los padres.

En definitiva tanto tras las semanas de intervención, como al cabo de seis meses, el adolescente desarrolla una forma de funcionar diferente que se revela a nivel de las puntuaciones en los diferentes cuestionarios, así como en que muestra una forma de afrontamiento más eficaz ante situaciones en las que antes respondía de forma ineficaz.

Impacto de la intervención en variables proceso de cambio.

La mayoría de los estudios actuales de comparación entre diferentes estilos de terapia están centrados en investigar los mecanismos mediadores del cambio.

Wicksell y cols., (2011) establecen dentro de estudios de dolor, diferentes variables que pueden mediar la mejora de problemas de salud, como es la inflexibilidad psicológica. Al mismo tiempo que ansiedad rasgo está relacionada con el desarrollo de fobias, depresión y afectividad negativa en general (Valiente y cols., 2002), es probable que el cambio en estas variables mediadoras posibilite otros cambios.

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio, es la reducción significativa que se produce a las cinco semanas de iniciar la intervención en ansiedad rasgo. La reducción en ansiedad rasgo tiene que ver con la forma en que el adolescente tiene de concebirse, ya que descripciones que aparecen el cuestionario como “*Me preocupa cometer errores*”, “*Me siento un desgraciado*”, “*Me cuesta enfrentarme a mis problemas*” dejan de tener el peso o intensidad que tenían al principio. Puesto que la intervención está dirigida a cambiar la forma en que el adolescente se relaciona con sus eventos privados, los cambios que se dan en ansiedad rasgo y que están relacionados con las puntuaciones en inflexibilidad psicológica, tendrían que ver con las nuevas habilidades de defusión. Estos cambios en ansiedad rasgo, se mantiene en el tiempo, paralelos a los cambios en inflexibilidad psicológica. Por sintetizar, existe un cambio muy relevante en relación a la ansiedad rasgo, variable que se presenta en la mayoría de los trastornos de ansiedad y depresivos.

Los cambios de inflexibilidad psicológica hacia aceptación, señalan que el adolescente tiene una forma diferente de relacionarse con sus pensamientos, con un patrón de regulación diferente y más eficaz.

De la reducción en esta variable se extrae que existe una menor credibilidad sobre las descripciones que el adolescente hace de sí mismo, así como, muestra una mayor aceptación de sus estados emocionales desagradables y puede avanzar en dirección a valores importantes. Este resultado es similar al encontrado en otras investigaciones realizadas con adolescentes (Luciano y cols., 2011, Wicksell 2007, 2009), no obstante es el primer estudio que se acerca a la valoración de la inflexibilidad psicológica mediante el uso del AFQ-Y, medida formal construida para adolescentes. Quizás debido a los problemas del propio cuestionario, el resto de estudio han realizado modificaciones del mismo, o han utilizado cuestionarios derivados de adultos. Es este pues el primer estudio que evalúa la evitación

experiencial de la forma más ortodoxa, tal como explicitan los cánones de la ciencia.

No se ha visto relación de las medidas directas de tolerancia al malestar (mando en malestar) con otras medidas psicométricas. Hemos comprobado que el adolescente tiene más capacidad en autocontrol, si bien esto no puede ser utilizado en sesión como una medida que realice predicciones sobre otras variables de interés. Es decir, el incremento del autocontrol, en sesión no se relaciona sobre todo, ni con ansiedad rasgo ni con evitación experiencial.

Equivalencias entre medidas y variables medidoras de cambio

La variable ansiedad rasgo, tiene fuertes asociaciones con el grado de inflexibilidad psicológica, así como con el número de áreas afectadas en la vida del adolescente. Tras el tratamiento, una puntuación alta en ansiedad rasgo señalará que hay áreas afectadas en la vida del adolescente.

Una alta puntuación en aceptación o flexibilidad psicológica señala que habrá una baja puntuación en ansiedad rasgo, se reducirá las áreas funcionales afectadas en la vida del adolescente y se aumentará en rendimiento académico.

Existen otras asociaciones, aún así las más relevantes son las establecidas por ansiedad rasgo, inflexibilidad psicológica y rendimiento académico. Como se pone de relieve en los análisis mediacionales, la inflexibilidad psicológica al finalizar la intervención predice la ansiedad rasgo a los tres meses y esta a su vez predice el rendimiento académico. Lo que viene a decir que aquellos adolescentes que al finalizar la intervención no tenga una buena flexibilidad psicológica no modificarán sus puntuaciones en ansiedad rasgo, no mejoraran en otras áreas funcionales de su vida, y sobre todo, en el rendimiento académico.

7.3. Limitaciones

El estudio ha consistido en un trabajo observacional y pragmático, dónde el interés ha estado centrado en observar la complejidad de la realidad clínica. Son varias las limitaciones que desde el inicio se han presentado, pero contando con ellas se han intentado superar, ya que el objetivo del estudio ha sido observar la realidad

clínica y determinar que efectos produce la aplicación de un protocolo asistencial en un contexto clínico habitual.

Existen otros estudios del mismo estilo, que en han llevado a cabo la aplicación de dichos protocolos en un contexto experimental, encontrando las ventajas de un diseño experimental pero perdiendo la validez ecológica de la aplicación al contexto real clínico (Wicksell, 2009, Wicksell, 2007, Metzler, 2000 y Hayes 2011).

El tamaño de la muestra ha permitido realizar un análisis de mayor calidad y con mayor exhaustividad. La homogeneidad de la muestra ha permitido realizar análisis estadísticos, clínicos y de altas terapéuticas, permitiendo por tanto reflexionar sobre los resultados y utilizarlos como base para nuevas consideraciones.

Además la muestra responde a problemas psicológicos que se atienden en el centro de salud mental. La muestra es representativa de la patología diversa que se atiende en consultas de salud mental, siendo la muestra representativa de la prevalencia más alta de trastornos que se atienden en salud mental especializada. No se han incluido, otros trastornos de menor incidencia que no ha sido objetivo de este estudio. La intención ha sido examinar de forma observacional y descriptiva, la aplicación de un protocolo asistencial en un periodo alterando mínimamente el contexto natural.

A pesar de la falta de medidas cumplimentadas por algunos de los participantes, se ha podido establecer conclusiones. Es una limitación en otros estudios la falta de adherencia a las entrevistas de seguimiento, y puesto que se realizan en contextos de laboratorio financiados (Metzler, 2002) asegurando la cumplimentación, este estudio ha contado con esta limitación desde el principio. En consulta, de forma natural siempre se ha indicado la necesidad de la cumplimentación de medidas como un trabajo difícil pero necesario para asegurar un tratamiento de calidad, conectado las medidas con la problemática individual, para así dar significado al trabajo de cumplimentación.

Se han utilizado escalas tanto de sintomatología general como de síntomas de ansiedad de forma más específica. Aunque a través de la escala de inflexibilidad

psicológica se extrae conclusiones importantes, hay que señalar que esta no está baremada en el contexto español. Es uno de los objetivos que se ha abierto con esta investigación, no obstante a pesar de los datos preliminares se puede decir que la escala tiene un buen comportamiento a nivel de ítems, que cuenta con un buen índice de fiabilidad y medidas de validez que aconsejan su uso a nivel clínico. Como ya se ha dicho anteriormente es el primer estudio que en adolescentes se usan medidas más formales para evaluar aceptación, mindfulness, es decir, es el primer protocolo asistencia que usa medidas de inflexibilidad psicológica.

Dentro de cuerpo de estudios sobre el mismo tópico, se han señalado como desventaja la evaluación por parte del terapeuta, como un sesgo. Para los objetivos pragmáticos del estudio, el interés ha estado centrado en que el terapeuta y el equipo de investigación sobre el que se asienta dicho estudio, llevara a cabo las evaluaciones y las sesiones de terapia con el fin de ajustar y valorar la calidad. Por tanto se ha considerado como parte fundamental del estudio el control de la fiabilidad y calidad sometiendo la sesiones a grabaciones siendo evaluadas y controladas por otros miembros del grupo de investigación y de los directores de la tesis.

Los análisis del protocolo indican que, posiblemente es más válido para pacientes que tienen problemas emocionales, relacionados con el eje I, pero que quizás necesite ajustes para pacientes con comorbilidad del eje II. Se trata de un protocolo muy útil para pacientes que tiene sintomatología de ansiedad y/o de trastornos internalizantes que tengan unas mínimas capacidades de abstracción y que no tengan problemas del yo graves. Aún a falta de un análisis más exhaustivo de las características de los participantes, se tiene la impresión de que los participantes que tiene problemas del Yo graves (Self) no son capaces de beneficiarse de las sesiones grupales de mindfulness y defusión. Un análisis cualitativo de los pacientes que desaparecen de lista de espera y del tratamiento basado en aceptación, señala que todos ellos tienen familiares con problemas de salud mental, familias desestructuradas y rasgos de personalidad evitativos, paranoides y límites. Es decir, aquellos adolescentes con rasgos de personalidad problemáticos (que se relacionan con problemas del Yo, Kohlenberg y Tsai, 1991) tienen por un lado más dificultad de vincularse al tratamiento y cuando se vinculan no son capaces de beneficiarse de las sesiones de discriminación y jerarquización de eventos privados. En futuras

investigaciones sería interesante utilizar medidas de personalidad con el fin de corroborar estas impresiones clínicas.

Existe una proporción de altas terapéuticas muy buena. En las altas, se ha intentado corroborar el criterio del clínico con la evaluación a posteriori de otros evaluadores. Lo adecuado sería que hubiera un evaluador externo que determine el cuadro, síntomas, patología y problemas y que sea este mismo el que valore al final del tratamiento el cambio. Junto con este evaluador, un experto en adolescentes que mantenga interacciones con el adolescente después de recibir tratamiento y valore si es equiparable a los demás adolescentes “normales” tras la entrevista. Todo ello siguiendo los criterios de valoración de efectividad de tratamiento marcado por autores clásicos como Siknner, Bijou, Kazdin o Ayllon, que señalaban que un tratamiento sería efectivo cuando el individuo al que se aplica el tratamiento no es diferente del grupo normativo al que pertenece.

El protocolo asistencial sirve para pacientes con problemas emocionales. Una media de 5 sesiones, provoca mejoras en concentración, rendimiento académico, mejora las relaciones con la familia y con áreas importantes en su vida y reduce los niveles de ansiedad rasgo y aumenta la flexibilidad psicológica. El protocolo grupal, puede adaptarse perfectamente a las exigencias del sistema sanitario, contribuyendo a la reducción de la presión asistencial y creando procedimientos con calidad y basados en premisas señaladas por la comunidad científica.

Las limitaciones existentes son consecuencia del intento de compatibilizar exigencias metodológicas a las necesidades clínicas que habitualmente aparecen en la práctica clínica.

7.4. Implicaciones clínicas futuras.

Sobre la base de los diferentes resultados, se establece que el protocolo mostraría aún mayor validez si se comparara con otro tipo de tratamiento psicosocial, ajustando a un diseño experimental aleatorizado. Sería por tanto necesario, y puesto que los tratamientos psicológicos son una rutina dentro del ámbito sanitario, evaluar la calidad de las intervenciones comparándolas con otras aproximaciones

psicoterapéuticas y psicofarmacológicas, dentro de un contexto asistencial y clínico.

Las implicaciones que se derivan de este análisis retrospectivo, son varias y muy diversas entre sí, abriendo nuevos campos de investigación. Con el fin de que queden bien representadas se van a exponer las implicaciones que el estudio proporciona en relación al tipo de pacientes, al protocolo y a las medidas de evaluación.

En el caso de las características de los pacientes, se verifica que el tratamiento es adecuado para pacientes que presentan un diagnóstico de ansiedad u otros con problemas emocionales que se verifica a través de la puntuación en ansiedad rasgo. Por lo que para pacientes con alta puntuación en ansiedad rasgo o con alta puntuación en inflexibilidad es adecuado. Es de utilidad tanto para aquellos pacientes en los que sus problemas sólo alteran una faceta de su vida, como los que presentan alteradas varias facetas de su vida.

El protocolo ha funcionado correctamente con pacientes que, a través de la impresión clínica, se extrae que no tienen excesivos rasgos de personalidad problemáticos. Sería importante analizar en más detalle y en mayor número de pacientes el impacto que tiene el protocolo en aquellos que presentan problemas de personalidad y problemas del yo. No se incluyeron pacientes con síntomas psicóticos, pero al igual que con los anteriores sería interesante establecer otra aplicación. Es decir, quizás el protocolo funcione con pacientes con trastornos mentales generales, y que sea difícil de aplicar y que se obtengan pocos resultados con pacientes con trastorno mental grave.

En cuanto al protocolo, está construido sobre todo para fomentar habilidades de mindfulness y de yo-como-contexto así como, clarificación de valores. El nivel de sesiones introducido, permite abordar aspectos grupales en más detalle, y potencia los efectos de la intervención.

Es necesario, no solo demostrar que se tiene fidelidad al protocolo y a las perspectiva teórica sino que también es necesario el uso de medidas para valorar además de la adhesión, la competencia del terapeuta, en la forma en que establecen autores que están validando formas de valorar las competencias de terapeutas ACT

(Plumb y Vilardaga, 2010) así como, también valorar la competencia de las intervenciones FAP.

En cada una de las sesiones se tiene planteado cubrir unos objetivos, y el establecimiento en cadena de cada uno de los componentes muestra su efecto. No obstante, sería importante analizar el efecto que van teniendo cada una de las estrategias incluidas ya que hay adolescentes que quizás se beneficien más de las habilidades de “defusión” y “yo-como-contexto” y otros de la clarificación de valores a través de ejercicios y metáforas le sea suficiente.

Sería importante por tanto, hacer una evaluación previa de los adolescentes que permitiera hacer clasificaciones del tipo de proceso psicopatológico sobre el que están más deficitarios. Es decir, evaluar si los problemas que presentan es confusión de valores (o llevan a cabo una vida exclusivamente centrada en los deseos o instrucciones de otros), en hiperreflexividad, en falta de contacto con el aquí y ahora y aplicar las estrategias adecuadas para ello, con el fin de optimizar recursos.

Sería interesante además, crear protocolos dirigidos a trastornos específicos, así por ejemplo para TDAH, dónde existe problemas de autocontrol y falta del yo-como-proceso, una sesión dirigida a discriminar comportamientos y aumentar en autocontrol, permitiría enriquecer y dar más potencia al protocolo del estudio presentado. En trastorno límites de personalidad, sesiones dirigidas a fomentar la discriminación del yo, de pensamientos y sentimientos, sesiones dirigidas a elegir, quizás puedan maximizar la potencia del protocolo asistencial propuesto.

Es oportuno pensar, el efecto que tendría aplicar un tratamiento paralelo a padres, con el fin de potenciar las intervenciones con los adolescentes. Aunque en este estudio se han tenido en cuenta la información de los padres, la intervención con ellos quizás hubiera fomentado la potencia del tratamiento.

No sólo sería interesante estudiar la aplicación del protocolo a través de diferentes poblaciones clínicas, sino que sería importante determinar el peso de cada uno de los componentes comparándolo con otros tratamientos, farmacológicos y psicológicos, así como su combinación.

A nivel de medidas se puede decir que el tratamiento funciona para pacientes que tienen alteradas varias áreas funcionales, y que sirve para pacientes que tienen puntuaciones altas en ansiedad rasgo e inflexibilidad. Una valoración por parte de los adolescentes de las áreas funcionales es equivalente a la establecida por los padres. Como medidas estándar se pueden utilizar y que sirven de criterio de entrada son el STAIC/STAI, el AFQ-Y y para comprobar la concentración la tarea de dígitos o alguna equivalente como la de letras y números. Los pacientes con una puntuación de evitación alta por encima de la puntuación 26, y aquellos con un percentil 70 son pacientes diana para aplicar el protocolo.

El estudio destaca que son intercambiables el STAIC y AFQ-Y, por lo que hasta su baremación el uso de este último tiene que entenderse desde esta limitación. Y en cuanto a las medias que se toman en las entrevistas con adolescentes y padres, las recogidas en torno a las áreas funcionales, malestar y demás, son equivalentes a las puntuaciones de los cuestionarios.

No obstante el uso de medidas de autoinforme presenta limitaciones sobre todo a nivel de que pueden no estar informando realmente de lo que se mide, por lo que medidas que midan a nivel implícito dicho constructo, puede ser algo a pensar dentro de la clínica. Sobre todo aquellas medidas derivadas de la TMR y que están mostrando una gran utilidad clínica y utilizadas con adolescentes (Vahey y cols., 2010), medidas de evaluación de actitudes implícitas. El uso de medidas de tiempo de reacción, a través de tareas de ordenador, puede aumentar la fiabilidad y validez de las medidas.

El uso de ejercicios, como medidas directas de la tolerancia al malestar, son tareas que van a indicar en sesión el proceso de aceptación y crecimiento del paciente. Son necesarios más estudios al respecto. El uso de ejercicios como los destacados en este estudio sirven para medir la flexibilidad sesión a sesión, aunque falta el componente de correlación con otras medidas psicométricas. Es necesario por tanto, establecer medidas que impliquen estar con el dolor en sesión, y elegir seguir en el ejercicio, ya que llegar hasta el final de la tarea, será un entrenamiento in vivo de aprender a estar con el malestar.

Dentro del protocolo de evaluación, sería importante incluir medidas que indiquen el nivel de razonamiento metafórico con el fin de poder cerrar aún más el mismo. A través del razonamiento metafórico se introducen muchos ejercicios, por lo que si se demuestra que existe problemas en el razonamiento metafórico incluir algunas sesiones de entrenamiento podría ayudar a enriquecer el tratamiento, al modo en que se lleva a cabo con niños con problemas de autismo y teoría de la mente (Persicke y cols., 2012).

Y quizás una de las cuestiones más interesantes por las implicaciones que existen a nivel psicopatológico y clínico son las medidas relacionadas con el Yo.

Los pacientes que tiene problemas del Yo tiene dificultades para aprovecharse del protocolo de tratamiento. Se ha visto que los pacientes que tienen problemas del yo están relacionados con ambientes familiares invalidantes y desestructurados (Linehan, 1993, Kohlenberg y Tsai, 1991) por lo que todos aquellos que entren en consulta tanto con problemas del Yo y/o con ambientes desestructurados e invalidantes, necesitarán una atención aún más especial y amplia.

Así, la evaluación del YO, y sus alteraciones puede dar un giro radical a la aplicación del tratamiento. Desde la TMR, el yo, y la regulación eficaz del mismo tiene mucho que ver con la toma de perspectiva, empatía y las emociones (Hayes y cols., 2001; Luciano y cols., 2009; Luciano y cols., 2012; Vilardaga, 2009). Por lo tanto una medida del Yo adaptada a nivel de adolescentes podría señalar las características del tratamiento a aplicar. Así preguntas de la Escala de Experiencias del Yo elaborada por Kohlenberg y Tsai, (1991 podría adaptarse a adolescentes y medir desde el principio para poder ajustar el tratamiento con más efectividad.

Y en relación a esto quizás sería importante determinar las deficiencias que tienen los pacientes en relación al Yo a nivel de marcos relacionales. Puesto que el Yo, la toma de perspectiva, la empatía y la emociones están relacionados con los marcos deícticos, quizás valorar el Yo y la toma de perspectiva desde los protocolos establecidos para ello (Barnes-Holmes y McHugh, 2004, McHugh, y cols., 2004), de salida a muchos de los trastornos que presentan pacientes con problemas del Yo y que carecen de empatía y toma de perspectiva (Hayes y cols., 2012). Es decir, desde

las primeras sesiones de evaluación se puede hacer preguntas que evalúen si la persona tiene fluidez y flexibilidad en responder de forma deíctica, por ejemplo, Si tu profesor te regaña por que estás hablando en clase, como se sentirá él, si tu fueses él como se te sentirías...Desde la perspectiva de tu cuando tengas cinco años más, como te vas a sentir si sigues jugando a la play en lugar de estudiar...Son preguntas en las que se plantea que la persona se ponga en un lugar del Tú, o en un espacio temporal del Futuro, es decir del Allí. Por lo que preguntas que determinen la habilidad de cambiar la perspectiva del Yo-Tú, Aquí-Allí o Ahora-Entonces, puede dar pistas sobre la capacidad de toma de perspectiva o empatía, o incluso problemas del Yo.

También es interesante poder evaluar el tipo de regulación ineficaz que presenta el adolescente, es decir, saber hasta qué punto evitar situaciones que le crean malestar es por recibir el apoyo de los demás, por evitar el castigo o sus elecciones están basadas más en valores a largo plazo que en las sensaciones inmediatas de sus elecciones.

7.5.- Resumen.

En resumen se puede señalar que frente a otro tipo de intervenciones al uso, la intervención basada en Aceptación y Mindfulness, tiene un impacto a dos niveles. Por un lado, es una intervención que al hacer un trabajo explícito en valores, permite a los adolescentes buscar una brújula sobre la que asentar las direcciones de su vida. En otra dirección y puesto que desde FAP se hace explícito la promoción de una relación estrecha, intensa y basada en la aceptación, permite al adolescente ver en el terapeuta una figura de ayuda y comprensión, diferente al resto de figuras que rodean su vida. La función que ejerce el terapeuta, desde FAP, marca una relación que sirve para resolver los problemas que presentan en el resto de sus relaciones.

Este estudio, es único en esta cuestión. Promociona la aceptación de las experiencias difíciles del adolescente como mecanismo de crecimiento, da luz a los horizontes de vida del adolescente, al mismo tiempo que da un valor primordial a la relación terapéutica. Estableciendo esta como un vehículo imprescindible para que se produzca alguna transformación en el adolescente.

Capítulo 8.

8.- Conclusiones

Los resultados expuestos vienen a apoyar las hipótesis que han sido formuladas.

8.1.- Mejora en el funcionamiento global.

- La mejora se asocia con un aumento en el rendimiento de tarea de dígitos (tarea de atención sostenida y memoria operativa) al finalizar la intervención.
- Se consigue un incremento de la funcionalidad en las áreas vitales de los adolescentes tras la intervención en aceptación.
- Existe una mejora en la dinámica familiar.

8.2.- Diferencias entre el momento pre-post en el grupo de intervención

- Mayor tolerancia a sensaciones de malestar tras la intervención.
- Los adolescentes en la sesión hablan más de objetivos y metas en su vida y menos del aburrimiento, dolor, miedo o timidez.
-

8.3.- Estabilidad en el tiempo de los efectos conseguidos en el grupo de Aceptación.

- La reducción de ansiedad rasgo e inflexibilidad psicológica se dan al finalizar la intervención, al mes y tres meses. y se mantiene al mes y tres meses de la intervención.
- La intervención provoca, cambios significativos, aunque pequeños, en el rendimiento académico. El cambio es observado entre los tres a seis meses.
- El 42% de los adolescentes es dado de alta terapéutica tras seis meses después de finalizar la intervención.

- La ansiedad rasgo media la relación entre el rendimiento académico y la inflexibilidad psicológica.

Referencias bibliográficas

- Abela, R.Z y Hankin, B.R. (2007). *Handbook of depression in children and adolescents*. NY. Guilford Press.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1987). *Manual for the Youth Self Report and profile*. Burlington VT: University of Vermont.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1985). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, TV: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1986). *Manual for teacher version of the Child Behavior Checklist and Child Behavior Profile*: Burlington, Vermont: Author
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Departament of Psyquiatry.
- Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (1996). Reasons for de- pression and the process and outcome of cognitive-be- havioral therapy psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1417-1424.
- Ajuriaguerra, J. (1973). *Manual de Psiquiatría infantil*. Barcelona. Masson
- Aláez Fernández, M; Martínez-Arias, R y Rodríguez-Sutil C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*. 12(4), 525-532.
- Albano, A. M., Detweiler, M. F. y Logsdon-Conradsen, S. (1999). Cognitive-behavioral interventions with socially phobic children. En S. W. Russ T. H. Ollendick (dirs.), *Handbook of Psychotherapies with Children and Families* (pp. 255-280). New York: Plenum.
- Albano, A.M, Marten, P.A y Holt, C.S. (1991). *Therapit's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescents social phopia*. Manuscrito no publicado
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Cárdenas Zetina, J.A., Pérez Soriano, A.M y Villanueva Colin, G (2007). Validez y Fiabilidad dek CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 35(6). 393-399.
- Alday, J., Alonso, V., Fernández-Calatrava, B., García-Baro, R., Gonzalez-Juarez, C., Perez-Perez, E. y Poza, A. (2005). Variability in outpatient resource use in mental health services for children and adolescents. *Gaceta Sanitaria*, 19, 448-55.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual*

of Mental Disorders (4th Ed.). Washington, DC: Author.

- André, C. Y Légeron, P. (1997). *El miedo a los demás. Miedo escénico, timidez y fobia social*. Bilbao: Mensajero.
- Angell, M. (2011). The epidemic of mental illness, Why?. The New York Review Books, <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/?pagination=false>.
- Apsche, J. A., Ward, S. R. y Evile, M. M. (2003). Mode Deactivation: A Functionally based treatment, theoretical constructs. *The Behavior Analyst Today*, 3 (4), 455-459.
- Apsche, J., Bass, C.K., DiMeo, L (2010). Mode Deactivation Therapy (MDT) Comprehensive Meta-Analysis. *JOB-OVTP*, 2 (3).
- Ariza C, Nebot M, Villalbi J, Diez E, Tomas Z, y Valmayor S. (2003). Trends in tobacco, alcohol, and cannabis consumption among secondary school pupils in Barcelona. *Gaceta Sanitaria*. 173. 190-195.
- Asmundson, G; y Hadjistavropoulos, H. (2006). **Acceptance and Commitment Therapy** in the Rehabilitation of a Girl with Chronic Idiopathic Pain: Are We Breaking New Ground? *Cognitive and Behavioral Practice*. 13(3), 178-181.
- Azrin, N.H., Sneed, T.J y Foxx, R.M (1974). Dry Bed Training. Rapid elimination of childhood enuresis. *Behavior Research and Therapy*, 12, 147-156.
- Bandura, A (1969). *Principles of behavior modification*. NY.Holt. Rinehart y Winston.
- Bandura, A. (1966). *Role of vicarious learning in personality development*. Proceedings of the XVIIIth International Congress of Psychology: Social factors in the development of personality. Moscow, USSR.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca. (Original 1984).
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L., y Hayes, S. C. (2004). Relational Frame Theory: Some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-376.
- Barnes-Holmes, Y., McHugh, L., & Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking and Theory of Mind: A relational frame account. *The Behavior Analyst Today*,

5, 15-25.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. y Paulson, A. (2005). Social effectiveness therapy for children: Three-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 721-725.

Belloso, J.J, Espín-Jaime, JC (2007) Un año de pacientes nuevos en un Servicio de Salud Mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 27 (99), 39-58.

Bernard, M. E., y Joyce, M. R. (1984). *Rational emotive therapy with children and adolescents*. New York: John Wiley.

Beyerlein, A; Toschke, A; Angelika Schaffrath, R; von Kries, R (2011) Risk Factors for Obesity: Further Evidence for Stronger **Effects** on Overweight **Children** and Adolescents Compared to Normal-Weight Subjects. *Plosone*. 6 (1).1-7.

Gruber, E., DiClemente, R. J., Anderson, M. M., y Lodico, M. (1996). Early drinking onset and its association with alcohol and problem behavior in late adolescence. *Preventive Medicine*, 25, 293–300.

Biglan, A., y Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.

Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1976). *Psicología del desarrollo infantil. La etapa básica de la niñez temprana*. Vol. 1. México: Trillas

Bishop, M., Lau, S., Shapiro, L., Carlson, N.D., Anderson, J., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., and Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.

Brinkmann (2005) Human Kinds and Looping Effects in Psychology : Foucauldian and *Hermeneutic Perspectives Theory y Psychology* 15(6). 769–791

British Medical Association. (2006). *Child and adolescent mental health: A guide for professionals*. London, UK: British Medical Association.

Brown, F.J y Hooper, S (2009) Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a

- learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal Intellectual Disabilities*. 13(3):195-201
- Burman, E. (2005). Childhood, neo-liberalism and the feminization of education. *Gender and Education*. V. 17 (4). 351-367.
- Burt, S. A.; Krueger, R. F., McGue, M.; Iacono, w. (2003). Parent-child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60, 505-513.
- Butler, L., Mieztis, S., Friedman, R., y Cole, K.I. (1980). The effect of two school based intervention programs on depressive symptoms in pre-adolescents. *Journal of American Educational Research*, 17, 111–119.
- Caballo, V. y Simón, M. (2002). *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Editorial Pirámide.
- Calderón, C. (2001). Resultado de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niño/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32 (4), 79-98.
- Carrico, A.W. Guifford, E.V. y Moos, R.H (2007). Spirituality/religiosity promotes acceptance-based responding and twelve-step involment. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 66-73.
- Catania, C. (1992) *Learning*, Prentice Hall. New Jersey
- Catania, A. C., Matthews, B. A., y Shimoff, E. H. (1990). Properties of rule-governed behaviour and their implications. En D. E. Blacjman y H. Lejeune (Eds).: *Behaviour Analysis in theory and pratique*. London: Lawrence Erlbaum Associated (. 215-236).
- Cederblad, M. (1988). Behavioural disorders in children from different cultures. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 78(S344), 85–92.
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Chambless, D. L., y Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., y Woody, S. R. (1997). *An Update on Empirically Validated Therapies II* : American Psychological Association.
- Referencia en Internet:
<http://www.apa.org/divisions/div12/est/97REPORT.SS.html>.

- Cheron, D. M., Ehrenreich, J. T., y Pincus, D. B. (2009). Assessment of Parental Experiential Avoidance in a Clinical Sample of Children with Anxiety Disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 383-403.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., y Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.
- Cicchetti, D., y Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-565.
- CIE 10. (1994) Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1996). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1402-1408.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3, 17-26.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., y Steer, R. A. (2004). A multisite randomized controlled study of sexually abused, multiply traumatized children with PTSD: Initial treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse y Neglect*, 29, 135-145.
- Coie, L., Terry, R., Lenox, K., Kochman, J., y Hyman, C. (1995). Childhood peer rejection and aggression as predictors of stable patterns of adolescent disorder. *Development and Psychopathology*, 7, 697-713.
- Covas Solar, F (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: El desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología*. XIII (1). 93-101.
- Coyne, L. W., y Wilson, K. G. (2004). The role of cognitive fusion in impaired parenting: An RFT analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 469-486.
- D’Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1999). *Problem Solving Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Dahl, J.A., Wilson, K.G., Luciano, M.C., y Hayes S.C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno: Context Press.

- Deblinger, E., Stauffer, L., y Steer, R. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6, 332–343.
- Del Barrio, V. y Cerezo, M.A. (1990). *Baremos del Child Behavior Check-List (CBCL) de Achenbach en niños españoles (6-11 años)*. Barcelona: VIII Congreso Nacional de Psicología de la SEP.
- Dot, O. (1988). *Agresividad en el niño y en el adolescente*. Barcelona: Grijalbo.
- Dougher, M. (2011). *Clinical Behavior Analysis*. Reno: Context Press.
- Dougher, M. J., Augustson, E., Markham, M. R., Greenway, D. E., y Wulfert, E. (1994). The transfer of respondent eliciting and extinction functions through stimulus equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 62, 331-351.
- Dougher, M.J. y Hayes, S.C. (2000). Clinical behaviour analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp.11-26). Reno, NV. Context Press.
- Du Feng, R; Debra B.; Esperat, M; Uchida, M (2011). **Effects of TV in the Bedroom on Young Hispanic Children**. *American Journal of Health Promotion*. 25 (5) 310-318.
- Ellis, A., y Bernard, M.E. (2006). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders*. NewYork: Springer.
- Ellis, Al y Grieger, R (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Editorial DDB, Bilbao.
- Essau, C.A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frecuency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. (2009) Ministerio de Salud y Política social. www.aen.es/docs/Informe-de-Evaluacion_Salud-Mental_CISNS.pdf
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., y Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 37, 215-237
- Fairburn (2008) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*,. NY. Guilford Press
- Fergus, T.A., Valentiner, D.P., Gillen, M.J., Hiraoka, R., Twohing, M.P., Abramowitz, J.S, McGrath, P.B (2011). *Assessing psychological inflexibility: The psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for*

- youth in two adult samples*. Psychological Assessment. 24(2). 402-8.
- Fernández , A. y Luciano, M.C.(1997). Clasificación de las alteraciones psicológicas en la infancia. En Luciano, M.C. (Ed.) *Manual de Psicología Clínica Infantil*. 71-86. Promolibro: Valencia.
- Fernández Parra, A., Ferro García, R (2006) Psicoterapia analítico-funcional una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía. 5,(2), 203-230
- Fine, S., Forth A., Gilbert, M., Haley, G. (1991): Supportive Short-term group therapy for bereaved adolescent. *J American Academy Child Adolescence Psychiatry*. 30 (1):29-85.
- Fisher, S. y Greenberg, R. P. (1997) *From Placebo to Panacea*. John Wiley and Sons.
- Fleming JE, Offord DR. (1990) Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J American Academy Child Adolescence Psychiatry*. 29(4). 571-580
- Foucault, M. (1998). Philosophy and psychology. En J.D. Faubion (Ed.) *Essential works of Foucault: Vol. 2. Aesthetics, method, and epistemology* (pp. 249–259).
- García Testal, A (1998). Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista?. *Atención primaria*, (22):233-238.
- García-Montes, J. y Pérez-Álvarez M. (2001) “ACT como Tratamiento de Síntomas Psicóticos. El Caso de las Alucinaciones Auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27. 455-472.
- Gaynor, S. T., & Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 79-101.
- Gaudiano, B. (2010). Evaluating acceptance and commitment therapy: An analysis of a recent critique. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(3-4), 311-329.
- Gaudiano, B. A. (2009). Öst's (2008) Methodological Comparison of Clinical Trials of Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy: Matching Apples with Oranges?. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 1066-10
- GENCAT. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla director de salut mental i addiccions. (2009) *La psicoteràpia a la xarxa pública de salut mental i*

- addicions*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir489/index.html>
- Gillham, J.E., Reivich, K.J., Freres, D.R., Chaplin, T.M., Shatté, A.J., Samuels, B., Elkon, A.G.L., Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R., y Seligman, M.E.P. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 9-19.
- Goddard, E. y Higgins, V. (1999) Smoking, drinking and drug use among young teenagers in 1998. Volume 1: England. London: The Stationery Office.
- Gómez Becerra, I; Chávez-Brown (2007) Prevención y Resolución de Conflictos en el Aula: el papel de la discriminación del profesor de su propio comportamiento. *Tipica*. Boletín electrónico de Salud Escolar. 3.(1). 1-11.
- Gómez Rodríguez MJ, Luciano C, Páez M, & Valdivia Salas S (2009, under review). *Brief ACT protocol in adolescents with impulsive and antisocial behaviours*.
- González Sanz, I (1994) “Una aportación a la evaluación del funcionamiento del modelo asistencial de salud mental en atención primaria de salud” *Psiquis* 15 (4): 191-196.
- Goodyer IM, Altham PME. (1991). Lifetime exit events and recent social and family adversities in anxious and depressed school-age children and adolescents—II. *Journal of Affective Disorders*. 21(4):229–238
- Gosch, C. S. y Vandenberghe, L. (2004). Behavior analysis and the therapist-child relationship in the treatment of an aggressive-defiant pattern. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, 173-182.
- Grant BF, Dawson DA (1997) Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse* 9:103–110.
- Greco, L y Hayes, S (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*. Oakland. New Harbinger Publications.
- Greco, L,A, Murrell, A.R y Coyne, L.W (2004) Willingness and Action Questionnaire.. Obtenido en Marzo del 2011. www.Contextualpsychology.org.
- Greco, L. A. y Eifert, G. H. (2004). Treating Parent- Adolescent Conflict: Is Acceptance the missing link for an Integrative Family Therapy? *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-311.
- Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W., y Ehrnreich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and commitment therapy as an example. En S. M. Orsillo, y L. Romer (Eds.). *Acceptance and Mindfulness Approaches to*

Anxiety: Conceptualization and Treatment (pp. 301-322).

- Greco, L., Lambert, W., Baer, R (2008) Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*. 20, 93-120
- Gregory, A. M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Koenen, K., Eley, T. C., y Poulton, R. (2007). Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 301–330.
- Guifford, E.V., Ritsher, J.B., McKellar, J.D y Moos, R.H (2006). Acceptance and relationship context: A model of substance use disorders treatment outcome. *Addiction*, 101, 1167-1177.
- Guifford, E.V. (2007). Illuminating treatment process: neuroscience and psychotherapy. *PsycCRITIQUES*, 52(2)
- Gunter, B. (1985). *Dimensions of television violence Aldershot*: Publishing Company
- Gutiérrez O, Luciano C, Rodríguez M, y Fink B (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M., y Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hacking, I (2001) *¿La construcción social de qué?*. Paidós. Barcelona.
- Hamilton, S.B y MacQuiddy, S.L. (1984). Self-administered Behavioral Parent Training: Enhancement of Treatment Efficacy Using a Time-Out Signal Seat. *Journal of Clinical Child Psychology*. 13. (1). 61-69
- Harris, R (2010) *La trampa de la felicidad. Deja de sufrir y comienza a vivir*. Plantena. Madrid.
- Hayes, L., Boyd, C. P., y Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Adolescent Depression: A Pilot Study in a Psychiatric Outpatient Setting. *Mindfulness*. 2, (2). 86-94.
- Hayes, S. Barnes-Holmes.D y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian approach to language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, y T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., y Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental*

Analysis of Behavior, 50, 97-111.

- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M., y Hildebrandt, M (2011) Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*.7. 141-168.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, S. C., Zettle, R. D., y Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. En S. C. Hayes(Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies, and instructional control*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change*. NY. Guilford Press.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C., y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S.C., y Wilson, K.G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Boulanger, J., & Pistorello, J. (En prensa). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*.
- Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler (2002) Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example.

Cognitive and Behavioral Practice Volume 9 (3). 232-236

- Hendrick, H. (1997). Constructions and reconstructions of British childhood: An interpretive survey, 1800 to the present. In A. James y A. Prout (Eds.), *Constructing and reconstructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood* (pp. 28–56). London, UK: Falmer Press.
- Hernández, M., García, J. M., Luciano, M. C., y Gómez, I. (2003). ACT como Tratamiento Psicologizador: Ejemplificación en un caso de Esquizofrenia en la Adolescencia. En A. J. Cangas y J. Gil, *Avances en la Etiología y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Esquizofrénico* (pp. 150-156). Granada: Ediciones Némesis.
- Hishinuma, E.H., Miyamoto, R.H., Nishimura, S.T., Goebert, D.A., Yuen, N. Y.C., Makini, G.K., Andrade, N.N., Johnson, R.C., y Carlton, B.S (2001) Prediction of anxiety disorders using the State–Trait Anxiety Inventory for multiethnic adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 15. (6). 511.-533.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and commitment therapy: New wave or Morita therapy?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 280–285.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., and Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169–183.
- Hofmann, S. G., y Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1–16.
- Hogbush, M (1992) *Assessing child and adolescent disorders: A practice manual*. Newbury Park (London)
- Hops, H., Waldron, H. B., Davis, B., Barrera, Jr., M., Turner, C. W., Brody, J., y Ozechowski, T. J. (2007). *Ethnic influences on family processes and family therapy outcomes for substance-abusing adolescents*. Unpublished manuscript, Oregon Research Institute.
- Houston, M. A., Apsche, J. A. y Bass, C. K. (2007). A Comprehensive Literature Review of Mode Deactivation Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3 (2), 271- 309.
- Huang, F; Lee, M (2010) Dynamic Treatment Effect Analysis of TV Effects on Child Cognitive Development. *Journal of Applied Econometrics*. 25. (3). 392-419.
- Iraurgi, I (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de salud mental*. VIII (36). 105-122.

- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., y Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 358–368.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N.S., Martell, C.R., and Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255–270.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, J., and Eldridge, K. (2000). Integrative Behavioral Couple Therapy. An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jiménez-Bueno M, Cabrero E, Porres D, Luna J. (1997) Weekends adolescent alcohol use in Alicante. *Adicciones*. 9(2):171-179.
- Juszczak, L., Melinkovich, P. y Kaplan, D. (2003) Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *J Adolesc Health*, 32, 108-18.
- Kahl, K.G, Winter, L., Schweiger, U y Sipos, V (2011). The Third Wave of Cognitive-Behavioural Psychotherapies. *Fortschritte Neurologie-Psychiatrie*.
- Kanfer, F.H y Philips, J.S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. NY. Wiley
- Kanfer, F.H. (1965). Issues and ethics in behavior manipulation. *Psychological Reports*, 16, 187-196
- Kazdin, A.E. (1998). *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research*. APA
- Keel P, y Mitchell J. (1997) Outcome in bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 154. 313-321.
- Keller, ES.; Schonfeld, W (1952) *Principles of behavior* [Principios del comportamiento]. Nueva York, Appleton-Century-Crofts.
- Kelly, J.A. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kendall, P. (1984). Behavioral assessment and methodology (pp. 39-94). En C.T

- Wilson, C. M, Franks, K. A. Brownell y P. C. Kendall. *Annual Review of Behavior Therapy and Practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Kendall, P. y Braswell, L. (1985). *Cognitive behavioral therapy for impulsive children*. Nueva York: Guilford Press.
- Kendall, P.C (1992). *Coping Cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing
- Kendall, P.C (2012). *Child and Adolescent Therapy, Fourth Edition: Cognitive-Behavioral Procedures*. The Guilford Press. New York
- Kendall, PC y Hollon, S.D. (1981) *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York. Academic Press.
- Keng, S.-L., Smoski, M.J., and Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041–1056.
- Kessler, J.W. (1988). *Psychopathology of Childhood*. (2aEd) Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Kessler, R. C., Berglund, P. L., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Klein, D.A., y Miller, A.L (2011). *Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescents with Borderline Personality Disorder*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 20 (2)205–216
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., et al. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347–1355.
- Knaus, W. (1974). *Rational-emotive education*. New York: Albert Ellis Institute.
- Knaus, W. J. y Haberstroh, N. B, (1993). A rational-emotive education program to help disruptive mentally retarded clients develop self-control. In W. Dryden y L. K. Hill (Eds.) *Innovations in rational-emotive therapy*. London: Sage Publications.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press. (Traducción en castellano en Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga).
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R. y Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic

- psychotherapy: treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Kohlenberg, R.J., Hayes, S.C. y Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Tsai, M., Kohlenger, R.J., Kanter, J.W (2010). A functional analytic psychotherapy approach to the therapeutic Alliance. En: M.J Christopher y J.P Barber (Eds) *The therapeutic Alliance: An Evidence-based guide to practice*. New York. Guilford Press.
- Kröner-Herwig B (2001) Psychological Treatments for pediatric headache. *Expert Review of Neurotherapeutics* 11 (3), 403-10.
- Kuroda, J (1969). Elimination of children's fears of animals by the method of experimental desensitization: An application of learning theory to child psychology. *Psychologia*, 12, 161-165
- Lambert, M. J., y Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. E. Bergin & S. L. Gdield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (4th ed., pp. 143-189). New York Wiley.
- La Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria: situación actual y perspectivas de futuro presentado por la *Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria* (SEPEAP). (2009)
- Lang, P.J. (1968) Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shlien (ed.). *Research in psychotherapy. Vol. 4*. Washington: American Psychological Association.
- Leitenger, H y Callahan, E.J (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behavior Research and Therapy*, 11, 19-30.
- Lemos Giráldez, S., Vallejo Seco, G y Sandoval Mena, M (2006) Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*. 14(4). 816-822.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N (1986) *The coping with Depression Course-Adolescents Version: parent manual* (manuscrito no publicado) Oregon Research Institute, Eugene. OR.
- Lewis, S. (1974). A comparison of behavior therapy techniques in the reduction of fearful avoidance behavior. *Behavior therapy*, 5, 648-655.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

- López, J.C., Ruiz, F.J., Feder, J., Barbero Rubio, A., Suárez Aguirre, J.J., Rodríguez, J.A. Y Luciano, C (2010) The Role of Experiential Avoidance in the Performance on a High Cognitive Demand Task. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10, 3, pp. 475-488
- Lora N, Ruiz R, Jiménez J, Perula L, Vicente J, Rodríguez F. (1996) Prevalence of drug use among students from Cordoba. *Adicciones*. 82. 219-234.
- Lovaas, O. I. (1987) Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- Luciano C, Vizcaíno RM, Ruiz FJ, Sánchez V, y Gil E (2009). *Deictic framing protocols to increase discrimination of own behavior and reduce impulsive behavior*. Paper presented at The Third World Conference on ACT, RFT, and Contextual Behavioral Science, Enschede, The Netherlands.
- Luciano, C (1989) *Una aproximación conceptual y metodológica a las alteraciones conductuales de la infancia*. Universidad de Granada.
- Luciano, C, Ruiz, F., Vizcaíno, R., Sánchez, V., Gutiérrez, O y López, J (2011). A Relational Frame Analysis of Defusion Interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A Preliminary and Quasi-Experimental Study with At-Risk Adolescents *International Journal of psychology and psychological therapy* . 11, 2, pp. 165--182
- Luciano, C, Salas, S; Ruiz, F (2012) The self and the regulation of behaviour. In. L. McHugh and I. Stewart (Eds). *The self and perspective taking: research and applications*. Oakland, CA.: New Harbinger.
- Luciano, M. C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Libro de casos (pp. 3-18). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. C., y Valdivia, M. S. (2009). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M.C., Rodríguez, M., y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M.C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista*

- Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C.(1996-1997). Intervención psicológica en una perspectiva conductual analítico-funcional. En Luciano, M.C. (Ed.) *Manual de Psicología Clínica Infantil*. 225-280. Promolibro: Valencia.
- Luciano, M.C.(1997).Manual de Psicología Clínica Infantil., Promolibro: Valencia
- Luciano, MC. (1995) Análisis del comportamiento en el contexto educativo. Aportaciones desde la Modificación de Conducta. En M. C. Luciano (Ed.) *Aportaciones funcionales en Educación*. Páginas 9- 80. Ediciones Némesis: Granada.
- Luoma JB, Hayes SC, Roget N, Fisher G, Padilla M, Bissett R et al. (2007). Augmenting continuing education with psychologically-focused group consultation: Effects on adoption of group drug counselling. *Psychotherapy Theory, Research, Practice y Training*, 44, 463-469.
- Mahoney, M., y . Arnkoff. D. (1978). Cognitive and self-control therapies. In *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, ed. S.L. Garfield and A.E. Bergin, 689–722. New York: John Wiley y Sons
- Mahoney, M.J. (1980). *Abnormal Psychology*, San Francisco: Harper y Row.
- March, J.S y Friesen, K.M. (1998) *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual* . N.Y. Guilford Press.
- Marks, I. (1981). Cure and Care of Neorosis. New York: John Wiley and Sons, Inc. Ed. Española (1986): *Tratamiento de la Neurosis*. Barcelona: Martínez Roca, S. A.
- Martín-Murcia, F; Cangas, A y Pardo, L (2009) A Case Study of Anorexia Nervosa and Obsessive Personality Disorder Using Third-Generation Behavioral Therapies. *Clinical Case Studies*. 10(3): 198–209.
- Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., y Wendell, J. W. (2010). Disordered eating-related cognition and psychological flexibility as predictors of psychological health among college students. *Behavior Modification*, 34, 3-15
- Masuda, K; Cohen, L.L; Wicksell, R.K; Kemani, M.K; Johnson, A (2011) A Case Study: Acceptance and Commitment Therapy for Pediatric Sickel Cell Disease. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol.36 (2)
- McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Eccleston C. (2010) Acceptance of pain in adoles- cents with chronic pain: validation of an adapted assessment instrument and preliminary correlation analyses. *European Journal of Pain* (14):316–20.

- McHugh, L., Barnes-Holmes, D., & Barnes-Holmes, Y. (2004). A relational frame account of the development of complex cognitive phenomena: Perspective-taking, false belief understanding, and deception. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 303-324.
- McMahon, R. J., y Forehand R. (2003). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- McMahon, R.J. (1987). Some current issues in the behavioral assessment of conduct disordered children and their families, Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8, 359-368.
- Meichenbaum D.H., Bream L.A. y Cohen J.S. (1985): A Cognitive-behavioral Perspective of Child Psychopathology: Implications for Assessment and Training. En R.J. McMahon y R. De V. Peters (EDs.). *Childhood Disorders: Behavioral Developmental Approaches* (pp 36-52). Bruner/Mazel, New York.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification*. NY. Plenum-Press
- Metalsky, G.I. y Abramson, L.Y. (1981) En P.C. Kendall y S.D. Hollon, Assessment Assessment and cognitive-behavioral interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 1-21.
- Metzler, C. W., Biglan, A., Noell, J., Ary, D. V., y Ochs, L. (2000). A randomized controlled trial of a behavioral intervention to reduce high-risk sexual behavior among adolescents in STD clinics. *Behavior Therapy*, 31(1), 27-54.
- Michelson, L.; Sugay, D.P.; Wood, R.P. y Kazdin, A.E. (1983/1987). *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mineka, S. y Tomarken, A. J. (1989). The role of cognitive biases in the origins and maintenance of fear and anxiety disorders. In T. Archer y L.-G. Nilsson (Eds), *Aversion, avoidance and anxiety: perspectives on aversively motivated behavior* (pp. 195-221). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Molina, F., Luciano, M. C., Gómez, I., y Gómez, S. (1999). Trastorno afectivo con alucinaciones en la adolescencia. *Psicothema*, 11, 495-504.
- Molitor, F. y Hirsch, K.W. (1994). Children's toleration of real - life aggression after exposure to media violence: A replication of the Drabman and Thomas studies. *Child Study Journal*, 24 (3). 191-207.
- Monjas, I.(1993): *Programa de enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid, CEPE.
- Morán Sánchez, I; Navarro Mateu, F y Salesa, C (2008) Déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría

- infantil. *Aten Primaria*. 40(1):29-33.
- Moran, D. J. (2008). The Three Waves of Behavior Therapy: Course Corrections or Navigation Errors? *The Behavior Therapist*, Special Issue, Winter, 147-157.
- Morris T, Greco L. (2002) Incorporating parents and peers in the assessment and treatment of childhood anxiety. En: VandeCreek L, Jackson TL, editors. *Innovations in clinical practice: a source book*, Sarasota (FL): Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; p. 75–85.
- Mowrer, H.O y Mowrer, M.W (1938). *Eneuresis: a method for its study and treatment*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459. Reproducido en R.C Katz y S Zlutnick (1975): Behavior therapy and health care. Principles and applications, (pp. 41-70). Pergamon Press. Inc.
- Murphy, C.M y Bootzin, R.R (1973) Active and passive participation in the contact desensitization of snake fear in children. *Behavior Therapy*, 4, 203-211.
- Murrell, A y Scherbarth, A (2006) State of the Research y Literature Address: ACT with Children, Adolescents and Parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. Volume 2, No. 4, pp, 531-543
- Murrell, A; Rebekah, A (2007) Conditioned relational responding in parents. Dissertation Abstracts International. *The Sciences and Engineering*. 67(12-B). 7386.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., y Wilson, K. G. (2005). ACT with children, adolescents, and their parents. In S. C. Hayes, y K. D. Strosahl (Eds.). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, (pp. 249-273). New York: Springer Science y Business Media.
- National Commission on Children. (1991). Beyond rhetoric: A new American Agenda for children and families: The final report of the National Commission on Children. Washington, DC.U.S. Government Printing Office
- Nelson, B., Sass, L.A., Thompson, A., Yung, A.R., Francey, S.M., Amminger, G.P., y McGorry, P.D. (2009). Does disturbance of self underlie social cognition deficits in schizophrenia and other psychotic disorders? *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 83–93.
- Nelson, B., Yung, A., Bechdolf, A., y McGorry, P.D. (2008). The phenomenological critique and self-disturbance: Implications for ultra-high-risk ('prodromal') research. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 381–392.
- Nelson, C. M. (1987). Behavioral interventions: What works and what doesn't. *The Pointer*, 31(3), 45-50.

- Nelson, R. O., y Hayes, S.C. (1986). The nature of behavioral assessment. In R. O. Nelson y S. C. Hayes (Eds.) *Conceptual Foundations of Behavioral Assessment* (pp. 3-41). New York, New York: Guilford.
- Newring, R.W., Chauncey, R.P., Newring, K.A.B (2010). FAP Strategies and Ideas for Working with Adolescents. En: Kanter, J., M.Tsai y R.J Kohlenberg. *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. Springer. USA.
- Nicolau, R y García Giral,M (2002) Terapia cognitivo conductual Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Número Especial,19,
- O'Connor, R.D (1969) Modification of social withdrawal through symbolic modelling. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 15-22
- O'Hora, D., y Barnes-Holmes, D. (2004). Instructional control: Developing a relational frame analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 2, 263-284.
- Obler, M y Twerwillefer, R.F. (1970). Pilot study on the effectiveness of systematic desensitization with neurlogically impaired chidren with phobic disorders. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 34, 314-318.
- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321.
- Paez-Blarrina, M; Luciano,C; Gutiérrez-Martínez, O; Valdivia, S; Ortega, J; Rodríguez-Valverde, M. (2008) The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols *Behaviour Research and Therapy*, 46. 84–97.
- Pardo, H; Pérez Álvarez (2007) *La invención de trastornos mentales*. Alianza Editorial. Madrid
- Pascual, J.; Frías, D. y García, F. (1996). *Manual de Psicología Experimental. Metodología de Investigación*. Barcelona: Ariel Psicológica.
- Patterson, G. R., y Forgatch, M. S. (1995). Predicting future clinicaladjustment from treatment outcome and process variables. *Psychological Assessment*, 7(3), 275-285.
- Paul, R.H., Marx, B.P., y Orsillo, S.M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated excibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30, 149-162.
- Paula Pérez, I (2000). *Habilidades sociales, educar hacia la autorregulación. Conceptualización, evaluación e intervención*. Barcelona. Editorial Horsoi.

- Peñate, W (2011) Psicología clínica y psicodiagnóstico: sobre la vigencia del modelo de evaluación conductual. *Análisis y Modificación de Conducta*. Nº 34
- Perez Alvarez (1996) Tratamiento Psicológicos. Sintexis. Madrid
- Pérez Álvarez (2011). El mito del cerebro creador. Alianza.
- Pérez Álvarez (2012). Las raíces de la psicopatología moderna. Pirámide
- Perez ALvarez, M; Fernández Hermida, J.R, Fernández Rodríguez, C y Amigo Vázquez, I (2010) *Guia de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. Pirámide. Madrid.
- Pérez-Álvarez, M (2012b). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 12 (2), 291-310
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J. R. (2008). Más allá de la Salud Mental: La psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29 (3), 251-270
- Persicke, A., Tarbox, J., Ranick, J., & St Clair, M. (2012). Establishing metaphorical reasoning in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 913-920.
- Plumb, J. C. & Vilardaga, R. (2010). Assessing treatment integrity in Acceptance and Commitment Therapy: Strategies and suggestions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, 263-295.
- Pillai, A., Patel, V., Cardozo, P., Goodman, R., Weiss, H. A., y Andrew, G. (2008). Non-traditional lifestyles and prevalence of mental disorders in adolescents in Goa, India. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 45–51.
- Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014 (2011). *Consejería de Sanidad*.
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142585101254&language=es&pagina_me=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829817
- Polaino A, Doménech E. (1993) Prevalence of childhood depression: results of the first study in Spain. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 34. 1007-1017.
- Polusny, Melissa A.; Ries, Barry J.; Meis, Laura A.; DeGarmo, David; McCormick-Deaton, Catherine M.; Thuras, Paul; Erbes, Christopher R. MEffects of parents' experiential avoidance and PTSD on adolescent disaster-related posttraumatic stress symptomatology. *Journal of Family Psychology*, 25(2), 220-229.
- Rachman, S.J (1977) The conditioning theory of fear acquisition: a critical examination. *Behavior Research and Therapy*, 15, 155-173.

- Raghavan, L.K.L., Zhang, J., Aarons, G.A (2010). Rates of psychotropic medication care use over time among youth in Child welfare/Child protective services. *Journal of Child and adolescents psychopharmacology*, 20, 135-143
- Ramos, M. M.; Catena, A. y Trujillo, H. (2004). *Manual de Métodos y Técnicas de Investigación en Ciencias Del Comportamiento*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Reddy, M.K., Pickett, S.M., y Orcutt, H.K (2006). Experiential Avoidance as a Mediator in the Relationship Between Childhood Psychological Abuse and Current Mental Health Symptoms in College Students. *Journal of Emotional Abuse*. 6, (1), 67-85.
- Reed, M.K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, 29, 293-302.
- Rehfeldt, R. A., Barnes-Holmes, Y. (2009). *Derived relational responding: Applications for learners with autism and other developmental disabilities*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Reiss, S. (1980). Pavlovian conditioning and human fem: An expectancy model. *Behavior Therapy*, 11,380-396.
- Ritter, B (1968). The group desensitization of children's snake phobias using vicarius and contact desensitization procedures. *Behavior Research and Therapy*, 6, 1-6.
- Robinson, P., Wicksell, R. K. y Olsson, G. L. (2004). ACT with Chronic Pain Patients. En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment*. New York. Springer
- Rodríguez Sacristán, J (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla. Sevilla
- Rogers, Carl (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
- Rogers, L.J; Murrel, A.R; Adams, C y Wilson, K.G (2008) The role of the behavioral Consultant In Promoting Acceptance in the Schools. En. En: Laurie. A. Greco y Steve. C. Hayes (Eds). *Acceptance and mindfulness Treatments for Children and Adolescents*. Oakland. New Harbinger Publications
- Rosembaum, J.F., Biederman, J., Bolduc, E.A., Hirshfeld, D.R., Fa- raone, S.V. y Kagan, J. (1992). Comorbidtiy of parental anxiety disorders as risk for childhood- onset anxiety in inhibited chil- dren. *American Journal of Psychicatry*, 149, 475-481.
- Rosenthal, T.L y Zimmerman, B.J (1978). *Social learning and cognition*. NJ.

Academic Press.

- Rosenthal, T.L. (1984) Cognitive social learning theory. En N.S Endler y J.M. Hunt (Eds), *Personality and the behaviorl disorders*, (2.ed) Vol.1. NY: Wiley.
- Rosenthal, T.L. y Bandura, A (1978) Modeling Therapies. En. S.L Garfiels y A.R. Bergin (Eds), *Handbook of psychoterapy and behavior change* (2 ed). NY. Wiley.
- Rothbaum, F., Weisz, J.R y Snyder, S (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 5,37
- Ruiz-Jimenez, F (2010) A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10 (1). 125-162
- Ruiz-Jimenez, Luciano-Soriano (2009) Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas *Psicothema*, 21 (3), 347-352.
- Rutter, M (2002) Development and psychopathology. En. M. Rutter y E. Taylor (Eds), *Child and Adolescents Psychiatry* (4ª ed, pp. 309-324). Oxford: Blackwell.
- San Sebastian Cabasés (2002). *Situación actual de la asistencia en salud mental de niños y adolescentes en la comunidad autónoma de Madrid*. Defensor del menor.
http://www.defensordelmenor.org/documentacion/estudios_investigaciones.php
p
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., y Bor, W. (2000). The triple p-positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family inter- vention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624–640.
- Santolaya, F., Berdullas, M., y Fernánde-Hermida, J.R (2002). La década 1989-1998 en la Psicología Española: Análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 81, 54-88.
- Sanz, J (2002). La década 1989-1998 en la Psicología Española: Análisis de la Investigación en Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. (Psicología Clínica y de la Salud). *Papeles del Psicólogo*, 81, 54-88.
- Sanz Rodríguez, LJ; Gómez García de la Pedrosa, M; Almendro Marín, MT; Rodríguez Campos, C; Izquierdo Núñez, AM; Sánchez del Hoyo, P (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la

- adolescencia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. XXIX (104), 501-521.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., and Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York; Guilford Press.
- Semple, R.J (2011) *Child and Adolescent Therapy*, Fourth Edition: Cognitive-Behavioral Procedures. NY. Guilford Press
- Shadish, W. R., Cook, T. D. y Campbell, D. T. (2001). *Experimental and Quasi-experimental Designs for Generalized Causal Inferences*. Berkeley: Houghtog Mifflin
- Shea, S., y Coyne, L.W. (2009). *Experiential avoidance, parenting stress, and discipline tactics in low-income, urban families*. Manuscript in preparation.
- Sheslow, D.V, Bondy, A.S y Nelson, R.O (1982) A comparasion of graduated exposure, verbal coping skills and theri cobination in the treatment of children's fear of the dark. *Child and family Behavior Therapy*, 4, 33-45
- Skinner, B.F (1976) *About Behaviorism*. New York. Vintage Books.
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Alvarez, E., and Pérez, V. (2012). *Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 150-157.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo*, STAI. Madrid. TEA Ediciones
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAIC)*. Madrid: TEA
- Spivack, G, Platt, J.J y Shure, B. (1976). *The problema solving approach to adjustment*. San Francisco. Jossey-Bass
- Stark, K.D y Kendall, P.C (1996). *Treating depressed children: Therapist manual for "ACTION"*. Admore, PA: Workbook Publishing.
- Stoep, A., Weiss, N.S., Kuo, E.S., Cheney, D., y Cohen, P. (2003). What proportion of failure to complete secondary school in the US population is attributable to adolescent psychiatric disorder? *Journal of Behavioral Health Services y Research*, 30(1), 119-124.
- Sutton-Simon, K. (1981): *Assessing Belief Systems: Concepts and Strategies*. En P. Kendall y S.Hollon (editores): *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York:Academic Press.

- Szasz, T.S. (1960) The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 5-12.
- Taylor, E. A (1986) Attention deficit. En Taylor EA, ed. *The overactive child.. Clinics in developmental medicine*. Oxford. Blackwell.
- Terry, C.M y Kohlenberg, R.J (2012). Therapists' Attitudes about and Preferences to Use Relationship Focused Interventions: New Tools to Measure a Critical Component of Functional Analytic Psychotherapy (FAP). *International journal of behavioral consultation and therapy*, 7 (2-3).138-146.
- Timimi, S. (2006) Children's mental health The role of culture, markets and prescribed drugs. *Public Policy Research*. March-May. 35-42
- Timimi, S. (2010) The McDonaldization of Childhood: Children's Mental Health in Neo-liberal Market Cultures. *Transcultural Psychiatry*. 47(5), 686–706. tps.sagepub.com
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Torneke, N., Luciano, C., y Valdivia Salas, S. (2008). Rule-Governed Behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 141-156.
- Toro, J. (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Tower, R.B. y Singer, J.L. (1981) The measurement of imagery: How can it be clinically useful?. En Kendall y Hollon (Eds). *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York. Academic Press.
- Trafton, J y Guifford, E.V (2008). Behavioral reactivity and addiction: the adaptation of behavioral response to reward opportunities. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20(1), 23-35.
- Tsuang, J (1995). *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York: John Wiley and Sons.
- Twohig, M.T., Hayes, S.C y Berens, N.M. (2007). Implications of Verbal Processes for Childhood Disorders: Tourette's Disorders, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Autisms. En: Woods D.W y Kanter, J.W. *Understanding Behavior Disorders*. Reno. Context Press.
- Vahey, N., Boles, S., & Barnes-Holmes, D. (2010). Measuring adolescents' smoking-related social identity preferences with the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) for the first time: A starting point that explains later IRAP evolutions. *International Journal of Psychology and*

Psychological Therapy, 10, 453-474.

- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., López-Bermúdez, M., y Selva-López de Hualde, S (2012). Reliability and Validity of the Spanish Adaptation of EOSS, Comparing Normal and Clinical Samples. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 7 (2-3).151- 158
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P (2002). Miedos comunes en niños y adolescentes: relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad, la afectividad negativa y la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 7. (1), 61-70
- Vallejo Pareja, M.A (1996) *Manual de Terapia de Conducta*.Madrid: Dykinson
- Vandenbergue, L. y Basso, C. (2004). Informal Construction of Contingencias in Family-Based Interventions for Oppositional Defiant Behavior. *The Behavior Analyst Today*, 5 (2), 151-157.
- Vandereyckewyn, M. y Hoek, H. W. (1993) Are eating disorders culture-bound syndromes? En: K. H. Halmi (ed.) *The Psychobiology and Treatment of Anorexia and Bulimia. Proceedings of the 81st Annual Meeting of the American Psychopathological Association*, March 1991, New York, pp. 19-36 (Washington, DC, American Psychiatric Press).
- Venta, A.S., Hart, J (2012) The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. *Psychological Assessment*. 24(1):240-248.
- Vilardaga, R. (2009). A relational frame theory account of empathy. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5, 178-184.
- Waldron, H. B., Hops, H., Brody, J., Turner, C. W., Davis, B., Barrera, M., Jr., et al. (2007). *Treatments for Hispanic and Anglo drug-abusing youth*. Unpublished manuscript, Oregon Research Institute.
- Wallace, D.P., Harbeck-Weber C, Whiteside SP, Harrison TE (2011).Adolescent acceptance of pain: confirmatory factor analysis and further validation of the chronic pain acceptance questionnaire, adolescent version. *Journal of Pain*. 12(5):591-599.
- Webster-Stratton, C., Reid, M., y Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105–124.
- Weeks CE, Kanter JW, Bonow JT, Landes SJ, Busch AM. (2012) Translating the theoretical into practical: a logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training, and clinical purposes.

Behavior Modification. 36(1):87-119.

- Weiss, B; Harris, V; Catron, T y Han, S (2003) Efficacy of the RECAP Intervention Program for Children With Concurrent Internalizing and Externalizing Problems *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 71, No. 2, 364–374.
- Weisz, J.R Rothbaum, F.M. y Blackburn, T.F. (1984). Standing out and standing in: The psychology of control in America and Japan. *American Psychologist*, 39, 955-969.
- Wekerle, C y Wolfe, D.A. (1996): Child maltreatment. En E. J. Mash y R.A (dirs.), *Child psychopathology*. New York. Guilford.
- Weller, W. E., Minkovitz, C. S. y Anderson, G. F. (2003) Utilization of medical and health-related services among school-age children and adolescents with special health care needs (1994 National Health Interview Survey on Disability [NHIS-D] Baseline Data). *Pediatrics*, 112, 593-603.
- Whaley, D.L. y Mallot, R.W (1997). *Elementary principles of behaviour*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts 1971.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B., y Olsson, G. L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 415-423.
- Wicksell, R., Melin, L., y Olsson, G. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain: A pilot study. *European Journal of Pain*, 11(3), 267–274.
- Wicksell, R., Melin, L., Leander, M., y Olsson, G. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding paediatric pain — A randomized controlled trial. *Pain*, 141, 248–257.
- Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Hayes, S. C. (2011). Mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for pediatric chronic pain. *Pain*, 152(12),
- Wilson, K. G., y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores* [Acceptance and Commitment Therapy: A behavioral therapy oriented to values]. Madrid: Pirámide.

- Wilson, K., Sandoz, E.K., Kitchens, J., and Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychological Record*, 60, 249–272.
- Wong, I. C., Murray, M. L., Camilleri-Novak, D., y Stephens, P. (2004). Increased prescribing trends of paediatric psychotropic medications. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 1131–1132.
- World Health Organization (2005) Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future.
- Zaldivar, F. (1998). *Evaluación psicológica: una aproximación conceptual, metodológica e instrumental*. Granada: Némesis.
- Zimbardo, P. G. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Anexo**Anexo 1. Guía de evaluación y aplicación del protocolo.**

Sesión	
1 ± 1 Evaluación Diagnóstica	Entrevista semiestructurada diagnóstica Entrega de cuestionarios CBCL y YSR
1 Evaluación funcional	Entrevista funcional de trastorno de evitación experiencial (Padres y Adolescentes) Evitación Ansiedad Valores
1 Evaluación psicométrica	Dígitos Análisis funcional
Evaluación Post 1	Evaluación funcional del Trastorno de evitación Experiencial Entrevista funcional a Padres Evitación Ansiedad Valores Dígitos Aritmética Malestar Familiar
Evaluación Post LE/	Evaluación funcional del Trastorno de evitación Experiencial Evitación Ansiedad Valores Dígitos Aritmética Malestar familiar
Mensual	Entrevista funcional adolescentes Evitación Ansiedad Valores
Trimestral	Entrevista funcional adolescentes Evitación Ansiedad Valores
Seis meses	Entrevista clínica de Alta terapéutica Rendimiento académico Informado

Sesión	Objetivos	Componentes	Agenda
Individual	Recoger la problemática del paciente Análisis de las estrategias de evitación Crear contexto terapéutico Alterar los intentos de control Explicación de que va el grupo Explicar el registro de malestar	Análisis funcional Desesperanza creativa Relación de terapéutica Control	Análisis funcional sobre “sensación de obligación, sensaciones de malestar”... Efectos a corto y largo plazo de lo que hace. Verse de mayor haciendo lo mismo. Verse al final de curso haciendo lo mismo. No soy tu padre ni tu madre, ni profesor, estoy aquí para ayudarte.... Se le dan varios ejercicios de control (controlas las luna, el sol...) y que piense en algunos ejercicios durante la semana de cosas que se pueden controlar. Metáfora del Jardinero Metáfora de ir de rebajas Compromiso de hacer algo para regar alguna de las plantas...que quiere mejorar Uso del autorregistro
1	Presentación de los miembros del grupo. Revisar los intentos de regar o eliminar la mala hierba y regar otras plantas Puesta en común de los intentos de control	DC Relación terapéutica Acción comprometida Control	Revisar los autorregistros de malestar Metáfora del jardinero Metáfora del capitán de barco. Metáfora de cruzar el charco. Señalar las conductas problemáticas. Cosas que puedes controlar y cosas que no puedes controlar Imaginar que durante mucho tiempo se hace lo que les trae a consulta. Imaginar que se hace todo lo contrario. ¿Quién manda si se hace todo lo contrario a lo que haces? ¿Ahora que ya sabes lo que sucede? Que eliges Como te ves en el futuro perdido en medio del desierto, del océano...lo que haces va en esa dirección o va en otra. Ejercicio de fiscalización de lucha con papeles. Metáfora del autobús. Eyes to Eyes Ejercicio de aguantar la respiración Ejercicio de hacer abdominales. Esposas chinas.... Compromiso de hacer algo diferente a la lucha. Acción de regar una planta.
2	Clarificación de valores Marcar objetivos que llevan a la dirección valiosa	Valores DC Acción comprometida	Registros de malestar ¿Que es lo que quieres tener o ser en la vida? ¿Que es lo que quieres conseguir? Hoja de valores. Conectar los intentos de control de sesiones anteriores con las direcciones valiosas Metáfora de los faros y capitán de barco. Metáfora del jardinero Metáfora de la pantalla de cine Metáfora de las olas Metáfora de la compra del cuadro. Metáfora de los consejeros Quién tiene más credibilidad tu experiencia o lo que te dicen tus pensamientos. Elección de acción...dirigida a valores.
3	Diferencia entre el yo y eventos privados problemáticos	Defusión Discriminación yo-eventos privados DC Yo contexto	Revisión de autorregistro de malestar Metáfora de las olas Ejercicio de poner un folio en la cara. Ejercicio de poner los pensamientos en hojas, escribirlos. Dibujo de emociones o pensamientos que tapan y no dejan ver. Metáfora de pensamientos como llaves. Ejercicios de defusión y yo-como-contexto. Ejercicio de ojos cerrados de defusión de contenidos problemáticos. Ejercicio de observar sensaciones y pensamientos. Establecimiento de compromiso.

4	Discriminar los obstáculos que pueden aparecer Disposición a emociones	Discriminar los obstáculos que pueden aparecer Disposición a emociones Defusión Exposición a situaciones pasadas y futuras Acción comprometida	Registro de malestar Al seguir regando, o manejando vuestro barco, ¿que malas hierbas pueden aparecer que os impidan el paso?.... Ejercicio de defusión en dicha situación problemática. Ejercicio de malestar y ridículo. Elección de acciones comprometidas
15 días Sesión Individual de evaluación	Aumento del entrenamiento Evaluación	Consolidación de objetivos anteriores	Reexposición de ejercicios anteriores Evaluación grupal. Complimentación de cuestionarios y acciones comprometidas
Mensual	Aumento del entrenamiento Evaluación	Consolidación de objetivos anteriores	Reexposición de ejercicios anteriores Evaluación grupal. Complimentación de cuestionarios y acciones comprometidas
3 Meses	Aumento del entrenamiento Evaluación	Consolidación de objetivos anteriores	Reexposición de ejercicios anteriores Evaluación grupal. Complimentación de cuestionarios y acciones comprometidas

Anexo 2. Entrevista semiestructurada de evaluación categorial

Nº_ Historia:		
Apellidos:		
Nombre:	Edad:	F. N.:

HISTORIA CLINICA

SITUACION BASAL

Sexo, edad, E C, convivencia, hijos, estudios, ocupación, minusvalia/incapacidad, (pension por)

MOTIVO DE CONSULTA

Acude volunt./involuntariamente, soloa/acompañadoa de... , espontáneamente/derivado por...\ Definición breve del problema que motiva la consulta, según paciente/acompañante\ Especificar informante.

ENFERMEDAD ACTUAL

(diagnosticado de... , con tratamiento... , si procede)\ Trastorno actual: comienzo, presentación, precipitantes, desarrollo\ Episodios previos similares, hábitos posiblemente contribuyentes\ Conciencia y vivencia del proceso. Estrés, personalidad, apoyo social, recursos empleados\ Interrogar al final sistemáticamente: afectividad, cognición (ideas delirantes o autolíticas), relaciones/conducta, síntomas somáticos por aparatos y vegetativos (sueño, apetito, modificación peso, libido, energía, variación circadiana, menstruación).

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PERSONALES

Diagnósticos (fechas), tratamientos (respuesta), ingresos, evolución\ T. Personalidad o conducta, adicciones, problemas legales\ Incapacitación, invalidez, pensiones.

HISTORIA EVOLUTIVA PERSONAL

Nacimiento y periodo neonatal: embarazo, parto, lactancia, temperamento, ritmicidad, enfermedades, separaciones. Infancia: desarrollo psicomotor, control esfínteres, autonomía, guardería, escolaridad, temperamento (ánimo, emocionalidad, ritmicidad, sociabilidad, energía), relaciones, conducta, síntomas neuróticos infantiles, enfermedades, separaciones. Adolescencia: estudios, ocupaciones, aficiones (actividades laboral/festivo), nivel socioeconómico (aspiraciones), religión, servicio militar, enfermedades, T. Conducta, separaciones.\ Historia menstrual y psicosexual.\ Historia marital; esposa-marido e hijos: edad, sexo, estudios, ocupación, enfermedades, hábitos, carácter, relaciones.\ Dinámica familiar: homeostasis, ajuste, eficiencia.

PERSONALIDAD PREVIA

*Animo, emocionalidad, sociabilidad, energía, ritmicidad\ Rasgos carácter (excéntricos, dramáticos, ansiosos)\ Relaciones \
Estilo de afrontamiento al estrés (coping) y defensivo.*

ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES

Alergias, enfermedades (HTA, DM), tratamientos, I.Q., accidentes, hábitos.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Para cada miembro: (edad fallecimiento, causa), edad, estudios, ocupación, enfermedades, hábitos, carácter, relaciones\ Nivel cultural y socioeconómico\ Dinámica familiar: homeostasis, ajuste, eficiencia. Genograma. Dinámica familiar.

EXPLORACION PSICOPATOLOGICA

1. **Aspecto:** Constitución, indumentaria, aseo, marcha, postura, facies. 2. **Comportamiento:** Actividad psicomotriz (impulsividad, inquietud, agitación, enlentecimiento, inhibición, estuporoso, alucinado), tics, temblores, estereotipias, fenómenos catatónicos, extravagancia, manierismos, ambivalencia. 3. **Actitud:** Inabordable, agresiva, excitable, irritable, hostil, hipervigilante, suspicaz, recelosa, reticente, displicente, sarcástica, pedante, perpleja, apática, indiferente, oposicionista, negativista, colaboradora, hipo/hipersintónica, seductora, distraída, pueril, quejumbrosa, ambivalente. Valoración contacto. 4. **Discurso/Habla:** (Velocidad, tono, modulación) Mutismo, pobreza de lenguaje, disgregado, verborrea, disartria, afasia, ecolalia, coprolalia. 5. **Animo y Ansiedad:** Euforia, moria, disforia, irritabilidad, intranquilidad interna, ansiedad, quejas somáticas, tristeza, depresión, desesperanza. Sentimientos de autosobreestima, insuficiencia, inferioridad, incapacidad, culpa, vacío afectivo. Empobrecimiento afectivo (baja resonancia afectiva, disminución de intereses). Impulsos suicidas, agresivos, sexuales. 6. **Afecto:** Labilidad afectiva, incontinencia emocional, paratimia, embotamiento afectivo, rigidez afectiva, bella indiferencia, superficialidad. 7. **Temores y Anancasmos:** Temores hipocondríacos, fobias, fenómenos obsesivos. 8. **Pensamiento:** Forma: Inhibido, enlentecido, rumiación, pobreza de contenido, perseveración, divagatorio, circunstancial, prolijo, tangencial, concreto, operatorio, acelerado, fuga de ideas, bloqueo, disgregado, incoherente, neologismos. Contenido: ideas de muerte, de suicidio, obsesivas, hipocondríacas, fijas, sobrevaloradas, delirantes (tema, sistematización, génesis, compromiso emocional). 9. **Sensopercepción.** 10. **T. Vivencia del Yo:** Desrealización, despersonalización. Difusión, sonorización, robo, imposición, interceptación del pensamiento. Vivencias de influencia. 11. **Orientación.** 12. **Memoria.** 13. **Atención/concentración.** 14. **Conciencia.** 15. **Información/inteligencia.** 16. **Juicio de realidad.** 17. **Insight.**

JUICIO CLINICO:

PLAN ESTUDIO CLINICO:

TRATAMIENTO:

DIAGNOSTICO DSMIVTR / CIE10_:

EJE I

EJE II

EJE III

EJE IV

EJE V

Fdo.:

Fecha:

Anexo 3. Entrevista semiestructurada de Inflexibilidad Psicológica.

Nombre y Apellidos:

Fecha de evaluación:

Edad:

PADRES.

1. Descripción del problema según los padres. Señalar quién da la información.

2. Objetivos iniciales según los padres.

3. Nivel de malestar que el problema causa para los padres y el ambiente familiar (0=nada, 10=mucho)

Padres:_____

Nivel de malestar percibido en el hijo:_____

4. Percepción de cómo este problema afecta a la vida del hijo. En qué áreas afecta y cuanto en las siguientes áreas (0=nada, 10=mucho)

Familia:

Estudios:

Amigos:

Ocio:

Salud:

Pareja:

Otros:

5. Qué es lo que han hecho para resolver los problemas de su hijo/a

ADOLESCENTE

1. Descripción del problema según el adolescentes.
2. Objetivos iniciales según del chico.
3. Nivel de malestar que el problema causa en el adolescente.
(0=nada, 10=mucho)
4. Percepción de cómo este problema afecta a su vida del hijo. En
qué áreas afecta y cuanto en las siguientes áreas (0=nada,
10=mucho)

Familia:

Estudios:

Amigos:

Ocio:

Salud:

Pareja:

Otros:

5. Qué es lo que han hecho para resolver los problemas que le traen a consulta. Intentos de control.

Anexo 4. *Child Behavior Check-list***CBCLProfesor y Padres** ⁽⁵⁻¹⁸⁾

Profesor Forma Informe (Achenbach; 1999)

A continuación se le van a presentar una serie de preguntas relacionadas con el alumno. Por favor, conteste con la mayor exactitud. Las puntuaciones de cada pregunta se combinarán para identificar patrones generales de conducta. Puede escribir cualquier comentario adicional al lado de cada pregunta o en los espacios proporcionados.

Nombre _____ y _____ apellidos _____ del
chico: _____

Edad: _____ S
exo: _____

Curso _____ actual: _____ Fecha
actual _____

Nombre _____ del
colegio: _____

Profesión _____ padre: _____ Profesión
Madre _____

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce a este alumno?	Meses:	
<p style="text-align: center;">No muy bien Bastante bien Muy bien</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
2. ¿Lo conoce?		
3. ¿Cuántas horas pasa el alumno con usted en clase a la semana?		
4. ¿Qué tipo de clase es? (Por favor sea específico, 5º de Matemáticas,...)		

<input type="checkbox"/> N lo sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si 5. ¿Se le ha enviado alguna vez a consultas o clases especiales? ¿De qué tipo y cuando? _____																																														
6. Ha repetido algún curso? <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Curso y razón: _____																																														
7. Funcionamiento escolar actual. Escriba las asignaturas y marca la columna que indica el rendimiento.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 15%;">Suspense</th> <th style="width: 15%;">Aprobado</th> <th style="width: 15%;">Notable</th> <th style="width: 15%;">Sobresaliente</th> </tr> <tr> <td>a. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Suspense	Aprobado	Notable	Sobresaliente	a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suspense	Aprobado	Notable	Sobresaliente																																										
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
d. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
h. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
8. Comparado con los alumnos de su edad, evalúe: a. Esfuerzo en el trabajo b. Buen comportamiento c. Nivel de aprendizaje d. Grado de satisfacción	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 15%;">Muy inferior</th> <th style="width: 15%;">Bastante inferior</th> <th style="width: 15%;">inferio En la media</th> <th style="width: 15%;">Ligeramente superior</th> <th style="width: 15%;">Muy superior</th> </tr> <tr> <td>a.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Muy inferior	Bastante inferior	inferio En la media	Ligeramente superior	Muy superior	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	Muy inferior	Bastante inferior	inferio En la media	Ligeramente superior	Muy superior																																									
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									

9. Puntuaciones recientes en test de rendimiento escolar (si están disponibles):

Nombre del test	Materia	Fecha	Centil o nota obtenida

10. Test de CI, lectura o aptitud (si están disponibles):

Nombre del test	Fecha	CI o puntuación equivalente

11. ¿Que es lo que más le preocupa del alumno/a?:

12. Por favor describa las mejores cualidades del alumno/a:

A continuación se enumeran diversas frases que describen algunas conductas. En cada frase describe a alumno ahora o durante los últimos tres meses. Señale lo que ocurre, rodeando con un círculo el 2 si lo que dice es muy cierto o le ocurre frecuentemente; el 1 si la frase es algo cierta o le sucede a veces; y 0 si no es cierta. Gracias por su colaboración.

	No es verdad	Algo verdadero o verdad a medias	Muy verdadero o frecuenteme nte es verdad
1. Se comporta de forma infantil para su edad.	0	1	2
2. Tararea o hace ruidos extraños en clase.	0	1	2
3. Discuto mucho	0	1	2
4. No acaba las actividades que empieza	0	1	2
5. Se comporta como si fuera del otro sexo.	0	1	2
6. Desafiante, responde a los profesores.	0	1	2
7. Es fanfarrón/a o presuntuoso/a.	0	1	2
8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo.	0	1	2
9. No puede apartar de su mente ciertos pensamientos, obsesiones (describa):	0	1	2
10. No se puede estar quieto/a, es inquieto/a o hiperativo/a	0	1	2
11. Apegado a los adultos o demasiado dependiente.	0	1	2
12. Se queja de que se siente solo/a.	0	1	2
13. Se siente confuso/a o en un mar de dudas.	0	1	2
14. Lloro mucho.	0	1	2
15. Es inquieto, no para de moverse.	0	1	2
16. Es abusón/a, cruel o desconsiderado con los demás.	0	1	2
17. Sueña despierto/a, se queda distraído/a a en sus pensamientos.	0	1	2
18. Se hace daño deliberadamente o ha intentado suicidarse.	0	1	2
19. Exige mucha atención.	0	1	2
20. Destroza sus propias cosas.	0	1	2
21. Destroza cosas que no son suyas.	0	1	2
22. Tiene dificultades para seguir instrucciones.	0	1	2
23. Es desobediente en el colegio.	0	1	2
24. Molesta a otros alumnos.	0	1	2
25. No se lleva bien con otros alumnos/as.	0	1	2
26. No parece sentirse culpable después de comportarse mal.	0	1	2
27. Tiene celos con facilidad.	0	1	2

28. Come o bebe cosas que no son comida-no incluya dulces (describa):	0	1	2

29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares-no incluya colegio-(describa):	0	1	2
30. Tiene miedo de ir al colegio.	0	1	2
31. Tiene miedo de pensar o hacer algo malo.	0	1	2
32. Cree que tiene que ser perfecto.	0	1	2
33. Se queja o piensa que nadie le quiere.	0	1	2
34. Piensa que los demás le quieren fastidiar o hacer daño.	0	1	2
35. Cree que no vale nada o se cree inferior.	0	1	2
36. Se hace daño a menudo, es propenso a tener accidentes.	0	1	2
37. Se mete en muchas peleas.	0	1	2
38. Se burlan mucho de él/ella.	0	1	2
39. Anda con chicos/as que se meten en problemas.	0	1	2
40. Oye ruidos o voces que no existen (describa):	0	1	2
41. Es impulsivo o hace las cosas sin pensar.	0	1	2
42. Prefiere estar solo/a que estar con otros.	0	1	2
43. Dice mentiras o hace trampas.	0	1	2
44. Se muerde las uñas.	0	1	2
45. Es nervioso/a, sensible o tenso/a.	0	1	2
46. Tiene tics o movimientos nerviosos (describa):	0	1	2
47. Se adapta excesivamente a las normas.	0	1	2
48. No cae bien a otros alumnos/as.	0	1	2
49. Tiene dificultades de aprendizaje.	0	1	2
50. Es demasiado ansioso o miedoso.	0	1	2
51. Le dan mareos (vértigos):	0	1	2
52. Se siente demasiado culpable.	0	1	2
53. Habla cuando no le toca.	0	1	2
54. Se siente muy cansado/a.	0	1	2
55. Tiene exceso de peso.	0	1	2

56. Tiene problemas físicos a los que no se ha encontrado una causa médica:	0	1	2
a. Dolores o achaques.	0	1	2
b. Dolores de cabeza.	0	1	2

c. Náuseas o ganas de vomitar.	0	1	2
d. Problemas con los ojos (describa):	0	1	2
e. Sarpullidos o erupciones en la piel	0	1	2
f. Dolores o calambres en el estómago.	0	1	2
g. Vómitos	0	1	2
h. Otros (describelos):	0	1	2
57. Agrede o ataca físicamente a otras personas.	0	1	2
58. Se mete el dedo en la nariz, se arranca padrastrós o se rasca diversas partes del cuerpo (describa):	0	1	2
59. Se duerme en clase.	0	1	2
60. Apático/a o poco motivado/a.	0	1	2
61. Su trabajo escolar es deficiente.	0	1	2
62. Es patoso, torpe o desgarbado.	0	1	2
63. Prefiere estar con compañeros mayores.	0	1	2
64. Prefiere estar con compañeros menores.	0	1	2
65. Se niega al hablar.	0	1	2
66. Repite ciertos actos una y otra vez, compulsiones (describa).	0	1	2
67. Perturba la disciplina de clase.	0	1	2

68. Grita mucho.	0	1	2
69. Es reservado/a se guarda las cosas para si mismo/a.	0	1	2
70. Ve cosas que no existen (describelas):	0	1	2
71. Se siente inseguro/a o cohibido/a con facilidad.	0	1	2
72. Su trabajo es sucio y descuidado.	0	1	2
73. Se comporta irresponsablemente.	0	1	2
74. Le gusta llamar la atención o hacer el payaso.	0	1	2
75. Es tímido/a o vergonzoso/a.			
76. Tiene un comportamiento explosivo o impredecible.			
77. Sus demandas deben ser satisfechas inmediatamente, se frustra con facilidad.	0	1	2
78. Poco atento/a se distrae con facilidad.	0	1	2
79. Tiene problemas de habla (describa):	0	1	2
80. Se queda absorto/a mirando al vacío.	0	1	2
81. Se siente herido cuando le critican.	0	1	2
82. Roba.	0	1	2
83. Almacena cosas que no necesita (describa):	0	1	2
84. Se comporta de forma extraña o rara (describa):	0	1	2
85. Tiene ideas extrañas o raras (describa):	0	1	2
86. Es tozudo/a, malhumorado/a Irritable.	0	1	2
87. Cambia repentinamente de humor o de sentimientos.	0	1	2
88. Se enfurruña o se molesta con facilidad.	0	1	2
89. Es desconfiado/a.	0	1	2
90. Dice palabrotas.	0	1	2
91. Dice que se quiere matar.	0	1	2
92. Rinde por debajo de sus capacidades.	0	1	2
93. Habla demasiado.	0	1	2
94. Se burla mucho de los demás.	0	1	2
95. Tiene rabietas o mal genio.	0	1	2
96. Piensa demasiado en el sexo.	0	1	2

97. Amenaza a otras personas.	0	1	2
98. Llega tarde a la escuela o clase.	0	1	2
99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza.	0	1	2
100. No acaba las tareas asignadas.	0	1	2
101. Hace novillos, falta al colegio.	0	1	2
102. Es poco activo/a, se mueve con lentitud o falta de energía.	0	1	2
103. Se siente desgraciado/a, triste o deprimido/a.	0	1	2
104. Es muy ruidoso/a o escandaloso/a.	0	1	2
105. Consume alcohol o toma drogas no prescritas por el médico (describa):	0	1	2
106. Demasiado ansioso por complacer.	0	1	2
107. No le gusta la escuela.	0	1	2
108. Teme cometer errores.	0	1	2
109. Es un/a quejita, se queja por todo.	0	1	2
110. Apariencia personal desaseada.	0	1	2
111. Es retraído/a evita relacionarse con los demás.	0	1	2
112. Se preocupa	0	1	2
113. Por favor, escriba a continuación cualquier otro problema que tenga el alumno/a que no haya aparecido en la lista anterior:			

Anexo 5. Youth Self Report**YSR⁽¹¹⁻¹⁸⁾**

Youth Self Report (Achenbach; 1999, adaptado por Lemos, 2006)

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Curso: _____ Fecha: _____

Profesión padre: _____ Profesión Madre: _____

<p>1. Por favor, enumera los deportes en que te gusta participar (Por ejemplo: natación, patinaje, fútbol, baloncesto...)</p> <p>Ninguno</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Comparándote con los de tu edad ¿Cuánto tiempo dedicas a cada uno aproximadamente?</p> <p>Menos que el promedio Promedio Más</p> <p>que el promedio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Comparándote con los de tu edad ¿Qué tal lo haces con cada uno de ellos?</p> <p>Por debajo del promedio Promedio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Por favor, enumera tus aficiones, actividades y juegos favoritos, a parte de los deportes (Por ejemplo: play, libros, piano...) No incluyas la TV.</p> <p>a. Ninguno</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p>	<p>Comparándote con los de tu edad ¿Cuánto tiempo dedicas a cada uno aproximadamente?</p> <p>Menos que el promedio Promedio Más</p> <p>que el promedio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Comparándote con los de tu edad ¿Qué tal lo haces con cada uno de ellos?</p> <p>Por debajo del promedio Promedio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<p>3. Por favor, enumera cualquier tipo de organizaciones, club, equipos o grupos a los que pertenezcas</p> <p>a. Ninguno</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p>	<p>Comparándote con los de tu edad ¿Cómo te consideras de activo en cada uno de ellos?</p> <p>Menos que el promedio Promedio Más</p> <p>que el promedio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>4. Por favor, enumera cualquier tipo de trabajos o tareas que realices. (Por ejemplo, cuidar niños, repartidor, limpiar..)</p> <p>a. Ninguno</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p>	<p>Comparándote con los de tu edad ¿Cómo desempeñas cada uno de esos trabajos?</p> <p>Menos que el promedio Promedio Más</p> <p>que el promedio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

<p>5. a. ¿Cuántos amigos tienes aproximadamente?</p> <p>5. b. ¿Cuántas veces a la semana realizas actividades con ellos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ó 3 <input type="checkbox"/> 4 ó más</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 ó 2 <input type="checkbox"/> 3 ó más</p>
<p>6. Comparándote con los de tu edad, ¿Qué tal eres en lo siguiente?</p> <p>a. En relación a tus hermanos</p> <p>b. En relación con otros chicos.</p> <p>c. En relación con tus padres.</p> <p>d. En valerte por ti mismo.</p>	<p>Peor</p> <p>Igual Mejor</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

7. Funcionamiento escolar actual				
	Suspendo	Aprobado Sobresaliente	Notable	
a. No voy al colegio				
b. Lengua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A continuación se enumeran diversas frases que describen algunas conductas. En cada frase describe lo que a ti te pasa ahora o durante los últimos 6 meses rodeando con un círculo el 2 si lo que dice es muy cierto o te ocurre frecuentemente; el 1 si la frase es algo cierta o te sucede a veces; y 0 si no es cierta

	No es verdad	Algo verdadero o verdad a medias	Muy verdadero o frecuentemente es verdad
1. Me comporto como si tuviese menos edad de la que tengo	0	1	2
2. Padezco alguna alergia (describela):	0	1	2
3. Discuto mucho	0	1	2
4. Tengo asma	0	1	2
5. Me comporto como las personas del otro sexo	0	1	2
6. Me gustan los animales	0	1	2
7. Suelo fanfarronear	0	1	2
8. Tengo problemas para concentrarme o mantener la atención	0	1	2
9. No puedo apartar la mente de ciertos pensamientos (describelos):	0	1	2
10. Tengo dificultad para mantenerme sentado	0	1	2
11. Dependo demasiado de las personas mayores.	0	1	2
12. Me siento solo.	0	1	2
13. Me siento confuso o incapaz de comprender las cosas.	0	1	2
14. Lloro mucho.	0	1	2
15. Soy bastante honrado.	0	1	2
16. Soy tacaño con los demás	0	1	2
17. A menudo “sueño despierto” (es decir, me entrego a fantasías).	0	1	2
18. Deliberadamente he tratado de hacerme daño a mí mismo o suicidarme.	0	1	2
19. Trato de llamar mucho la atención.	0	1	2
20. Destrozo mis cosas	0	1	2
21. Destrozo las cosas de los demás	0	1	2
22. Desobedezco a mis padres.	0	1	2
23. Desobedezco a en el colegio.	0	1	2
24. Soy mal comedor.	0	1	2
25. No me relaciono con los demás.	0	1	2

26. No me siento culpable cuando hago algo que está mal.	0	1	2
27. Siento celos de los demás.	0	1	2
28. Estoy dispuesto a ayudar a los demás cuando lo necesitan.	0	1	2

29. Le tengo miedo a algunos animales, situaciones o lugares, aparte del colegio (describelas):	0	1	2
30. Tengo miedo de ir al colegio	0	1	2
31. Tengo miedo de pensar o hacer algo malo	0	1	2
32. Pienso que tengo que ser perfecto	0	1	2
33. Pienso que nadie me quiere.	0	1	2
34. Creo que los demás vienen a fastidiarme o que vienen a por mí	0	1	2
35. Pienso que no valgo para nada o que soy inferior	0	1	2
36. Con frecuencia me hago daño sin querer.	0	1	2
37. Me meto en muchas peleas.	0	1	2
38. Me toman mucho el pelo.	0	1	2
39. Suelo andar con chicos que se meten en problemas.	0	1	2
40. Oigo cosas que ninguna otra persona parece oír (describelas):	0	1	2
41. Actúo sin pararme a pensar.	0	1	2
42. Me gusta estar solo.	0	1	2
43. Miento o engaño.	0	1	2
44. Me muerdo las uñas.	0	1	2
45. Soy nervioso.	0	1	2
46. Tengo tics o movimientos nerviosos en algunas partes de mi cuerpo (describelos):	0	1	2
47. Tengo pesadillas.	0	1	2
48. No les gusto a los demás.	0	1	2
49. Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría.	0	1	2
50. Soy demasiado miedoso o ansioso.	0	1	2
51. Siento vértigo.	0	1	2
52. Siento demasiada culpabilidad.	0	1	2
53. Como demasiado.	0	1	2
54. Me siento muy cansado y agotado.	0	1	2
55. Tengo excesivo peso.	0	1	2

56. Tengo problemas físicos sin una causa médica conocida:	0	1	2
a. Dolores o achaques.	0	1	2
b. Dolores de cabeza.	0	1	2

c. Nauseas o mareos.	0	1	2
d. Problemas con la vista (describelos):	0	1	2
e. Sarpullidos o erupciones en la piel	0	1	2
f. Dolores o calambres en el estómago.	0	1	2
g. Vómitos	0	1	2
h. Otros (describelos):	0	1	2
57. Ataco físicamente a la gente	0	1	2
58. Me picoteo o pellizco la piel u otras partes del cuerpo (describelas):	0	1	2
59. Puedo ser bastante simpático.	0	1	2
60. Me gusta intentar cosas nuevas	0	1	2
61. Mi rendimiento escolar es flojo.	0	1	2
62. Soy algo torpe o coordino mal los movimientos.	0	1	2
63. Me gustaría estar con chicos mayores que con los de mi edad.	0	1	2
64. Me gustaría estar con chicos más pequeños que con los de mi edad.	0	1	2
65. Me niego a hablar.	0	1	2
66. Repito constantemente algunas acciones (describelas):	0	1	2
67. Me escapé de casa.	0	1	2
68. Grito mucho.	0	1	2
69. Soy reservado o me guardo las cosas para mí mismo.	0	1	2
70. Veo cosas que nadie más parece ser capaz de verlas (describelas):	0	1	2
71. Soy inseguro o fácilmente me siento desconcertado.	0	1	2
72. Provoco incendios	0	1	2

73. Puedo trabajar con mis manos.	0	1	2
74. Suelo presumir o darme importancia.	0	1	2
75. Soy tímido			
76. Duermo menos que la mayoría.			

77. Duermo más que la mayoría durante el día o por la noche (describelo):	0	1	2
78. Tengo buen imaginación.	0	1	2
79. Tengo algún problema del lenguaje (describelo):	0	1	2
80. Se defender mis derechos.	0	1	2
81. Robo cosas en mi casa.	0	1	2
82. Robo cosas en otros lugares fuera de casa.	0	1	2
83. Almaceno cosas que no necesito (describelas):	0	1	2
84. Hago cosas que a otros les puede parecer extrañas (describelas):	0	1	2
85. Tengo pensamientos que otros creerían que son extraños (describelos):	0	1	2
86. Soy terco.	0	1	2
87. Mi humor o estado de ánimo cambia repentinamente.	0	1	2
88. Me gusta estar en compañía de otras personas.	0	1	2
89. Soy desconfiado.	0	1	2
90. Hago juramentos o utilizo un lenguaje sucio.	0	1	2
91. Pienso en suicidarme.	0	1	2
92. Me gusta hacer reír a los demás.	0	1	2
93. Hablo demasiado.	0	1	2
94. Molesto mucho a los demás.	0	1	2
95. Tengo un carácter fuerte.	0	1	2
96. Pienso demasiado en el sexo.	0	1	2
97. Amenazo con hacer daño a la gente.	0	1	2
98. Me gusta ayudar siempre a los demás.	0	1	2
99. Me obsesiono demasiado con estar limpio y bien cuidado	0	1	2

100. Tengo problemas para dormir (descríbelos):	0	1	2
101. Falto a clase o dejo de acudir al colegio.	0	1	2

102. No tengo energía.	0	1	2
103. Me siento desgraciado, triste o deprimido.	0	1	2
104. Cuando hablo, grito más que los demás o impongo mi opinión levantando la voz.	0	1	2
105. Consumo alcohol o drogas no prescritas por el médico (descríbelas):	0	1	2
106. Procuro ser amable con los demás.	0	1	2
107. Disfruto cuando alguien cuenta un buen chiste.	0	1	2
108. Me tomo la vida con calma.	0	1	2
109. Procuro ayudar a la gente cuando puedo.	0	1	2
110. Me gustaría pertenecer al otro sexo.	0	1	2
111. Evito mezclarme con los demás	0	1	2
112. Me preocupo mucho.	0	1	2

Anexo 6. STAIC (Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños)

1250713
DOCI 78-2

STAIC

AUTOEVALUACION E/R

372535

Apellidos _____ Nombre _____
Edad _____ Sexo (V-M) _____ Centro _____ Fecha _____


INSTRUCCIONES

PRIMERA PARTE Frases 1 a 20.

En la primera parte encontrarás unas frases usadas para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.

SEGUNDA PARTE Frases 1 a 20.

En la segunda parte encontrarás más frases usadas para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES EN GENERAL, no sólo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE.

 Copyright © 1989, by TEA Ediciones, S.A.: 28036 Madrid - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spielberger; © 1970, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S.A. Fray Bernardino Daganzo, 15 dpdo.; 28002 Madrid - Depósito Legal: M-24588-1989.

PRIMERA PARTE

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3
9. Me siento feliz	1	2	3
10. Me siento seguro	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

VUELVE LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

SEGUNDA PARTE

	Casi nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Anexo 7. STAI (Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado, Spielberger y cols., 1982)

DOC1
79-2

N.º 124

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E	P D = 30 + - =
A / R	P D = 21 + - =

Apellidos y nombre Edad Sexo M
 Centro Curso/Puesto 1º BACH. Estado civil
 Otros datos Fecha 7/02/2011


A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.
 Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.


	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.




Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.; Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spielberger; © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo.; Madrid-2 - Depósito legal: M.-20.080-1982.



373033

UNIVERSIDAD P. COMILLAS



1273865
DOCT 79-2

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	0	1	2	3
21. Me siento bien ...	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente ...	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar ...	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros ...	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto ...	0	1	2	3
26. Me siento descansado ...	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada ...	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas ...	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia ...	0	1	2	3
30. Soy feliz ...	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente ...	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo ...	0	1	2	3
33. Me siento seguro ...	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades ...	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico) ...	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho ...	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia ...	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos ...	0	1	2	3
39. Soy una persona estable ...	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Anexo 8AFQ-Y

Nombre _____ y
apellidos: _____ Edad: _____

Fecha _____

Nos gustaría saber más acerca de lo que piensas, sientes y haces. Lee cada frase. Luego, rodea con un círculo el número que representa la respuesta más cierta para ti.

	Eso NO ES verdad	Es un POCO verdad	Es BASTANT E verdad	Es Verdad	Es TOTAL- MENTE verdad
1. Nada irá bien en mi vida hasta que me sienta feliz.	0	1	2	3	4
2. Mis pensamientos y sentimientos hacen que mi vida sea un lío (un follón o una complicación).	0	1	2	3	4
3. Si me siento triste o tengo miedo es porque hay algo malo o erróneo dentro de mí.	0	1	2	3	4
4. Las cosas malas que pienso sobre mí mismo deben ser ciertas.	0	1	2	3	4
5. No intento hacer cosas nuevas porque me da miedo hacerlo mal, meter la pata o generar problemas.	0	1	2	3	4
6. Cuando me libere de mis preocupaciones y miedos, entonces podré conseguir disfrutar de la vida.	0	1	2	3	4
7. Hago todo lo que puedo para no parecer ridículo delante de la gente.	0	1	2	3	4
8. Intento borrar de mi cabeza los recuerdos que no me gustan.	0	1	2	3	4
9. No puedo aguantar que algo me duela o dañe mi cuerpo.	0	1	2	3	4
10. Si mi corazón late deprisa es porque algo va mal dentro de mí.	0	1	2	3	4

11. No quiero tener los pensamientos y sentimientos que no me gustan.	0	1	2	3	4
12. Dejo de hacer las cosas que son importantes para mí siempre que me siento mal.	0	1	2	3	4
13. Cuando estoy triste las cosas me van peor en el colegio.	0	1	2	3	4
14. Digo cosas sólo para que parezca que soy guay.	0	1	2	3	4
15. Ojalá tuviera una varita mágica para hacer que mi tristeza desapareciera.	0	1	2	3	4
16. Tengo miedo de lo que siento.	0	1	2	3	4
17. No puedo ser un buen amigo cuando estoy desanimado o desilusionado.	0	1	2	3	4

Anexo 9. Prueba de dígitos.

3 Dígitos

COMIENZO

6 a 16 años:
Orden directo: Elemento 1
Orden inverso: Ejemplo y elemento 1

TERMINACIÓN

Orden directo:
Puntuación 0 en los dos intentos de cualquier elemento.
Orden inverso:
Puntuación 0 en los dos intentos de cualquier elemento.

PUNTUACIÓN

En cada intento: 0 ó 1 punto en cada respuesta
Puntuación del elemento: Intento 1+ Intento 2
DD+ y DI+
Serie de números más larga recordada en el último intento que haya obtenido 1 punto en DD (DD+) o DI (DI+).

ORDEN DIRECTO		Punt. intento	Punt. elemento
Elemento/Intento			
1	2 - 9	0 1	0 1 2
	4 - 6	0 1	
2	3 - 8 - 6	0 1	0 1 2
	6 - 1 - 2	0 1	
3	3 - 4 - 1 - 7	0 1	0 1 2
	6 - 1 - 5 - 8	0 1	
4	8 - 4 - 2 - 3 - 9	0 1	0 1 2
	5 - 2 - 1 - 8 - 6	0 1	
5	3 - 8 - 9 - 1 - 7 - 4	0 1	0 1 2
	7 - 9 - 6 - 4 - 8 - 3	0 1	
6	5 - 1 - 7 - 4 - 2 - 3 - 8	0 1	0 1 2
	9 - 8 - 5 - 2 - 1 - 6 - 3	0 1	
7	1 - 8 - 4 - 5 - 9 - 7 - 6 - 3	0 1	0 1 2
	2 - 9 - 7 - 6 - 3 - 1 - 5 - 4	0 1	
8	5 - 3 - 8 - 7 - 1 - 2 - 4 - 6 - 9	0 1	0 1 2
	4 - 2 - 6 - 9 - 1 - 7 - 8 - 3 - 5	0 1	

ORDEN INVERSO		Punt. intento	Punt. elemento
Elemento/Intento			
E	8 - 2		
	5 - 6		
1	2 - 1	0 1	0 1 2
	1 - 3	0 1	
2	3 - 5	0 1	0 1 2
	6 - 4	0 1	
3	5 - 7 - 4	0 1	0 1 2
	2 - 5 - 9	0 1	
4	7 - 2 - 9 - 6	0 1	0 1 2
	8 - 4 - 9 - 3	0 1	
5	4 - 1 - 3 - 5 - 7	0 1	0 1 2
	9 - 7 - 8 - 5 - 2	0 1	
6	1 - 6 - 5 - 2 - 9 - 8	0 1	0 1 2
	3 - 6 - 7 - 1 - 9 - 4	0 1	
7	8 - 5 - 9 - 2 - 3 - 4 - 6	0 1	0 1 2
	4 - 5 - 7 - 9 - 2 - 8 - 1	0 1	
8	6 - 9 - 1 - 7 - 3 - 2 - 5 - 8	0 1	0 1 2
	3 - 1 - 7 - 9 - 5 - 4 - 8 - 2	0 1	

DD+ Puntuación Orden directo

(máxima=9) (máxima=16)

Puntuación Orden directo + Puntuación Orden inverso =

(máxima=32)

Puntuación Orden inverso DI+

(máxima=16) (máxima=8)

Anexo 10. Registros de mando en malestar


Nombre _____ Día _____	
Nota que te pones en el ejercicio que has realizado (0 al 10)	
¿Qué es lo que ha sido más molesto? (Dolor, sensación de ridículo, no voy a capaz, el compañero lo hace mejor...) Señala tres cosas como estas....	¿Cuánto ha sido de fuerte o intenso? (0 a 10)
A	
B	
C	
Hasta que punto el malestar, ridículo, dolor...ha sido un obstáculo para hacer el ejercicio (marca de 0 a 10, siendo 0 nada de obstáculo y 10 mucho obstáculo). Obstáculo=	


Anexo 11. Registro de conductas clínicamente relevantes en adolescentes.

	Implicación (atención, piden ejemplos, pregunta)	Verbalizaciones sobre control		Verbalizaciones sobre valores		Conductas disruptivas	Observaciones
S1							
S2							
S3							
S4							
S5							

Sesión _____ Grupo: _____ Terapeuta _____ Observador _____ Fecha _____	
Evalúa la presencia de los comportamientos del terapeuta en función de la siguiente escala de 0 a 10 (0=nada, 5=algo, 10=mucho)	
Desesperanza Creativa	
Relación Terapéutica	
Defusión	Valores
Compromiso	
Acción	
Ejercicios :	

Anexo 13. Consentimiento informado de grabación de audio y video.

 **Hospital Universitario**
12 de Octubre
SaludMadrid

 Comunidad de Madrid

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN PROGRAMA ASISTENCIAL Y DE CARACTER DOCENTE

Yo / Nosotros

Autorizo / Autorizamos al profesional Dr.

de la consulta del (Servicio / Centro):

a GRABAR en vídeo la(s) entrevista(s) que mantenga con nosotros SI-☐ No-☐

a OBSERVAR a través de una cámara de vídeo digital, en tiempo real la(s) entrevista(s) que tengan con nosotros SI-☐ No-☐

La autorización de la grabación de estas entrevistas se limitará a que puedan ser analizadas y estudiadas por los profesionales de Salud Mental de este Servicio y a que sea usada por él con fines educativos y de entrenamiento práctico de los profesionales de Salud Mental en formación y de los estudiantes universitarios que realizan sus prácticas en este Departamento Universitario.

Entendemos que los alumnos y profesionales que pudieran tener acceso a ver la grabación quedarán obligados a respetar y proteger nuestra privacidad y anonimato.

Autorizamos voluntariamente el uso de la filmación de vídeo o DVD para:

1. Mi terapeuta y sus supervisores..... SI-☐ No-☐
2. Formación de profesionales de la Institución..... SI-☐ No-☐

En cualquier caso, el tratamiento que usted precisa no se verá afectado por su decisión de autorizar o no la grabación u observación indirecta de su tratamiento psicoterapéutico. El profesional responsable del tratamiento de su enfermedad siempre decidirá la mejor opción terapéutica para usted respetando la confidencialidad y protección de datos a que obliga la actual legislación.

MANIFIESTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL PRESENTE FORMULARIO Y ESTAR DE ACUERDO CON LAS OPCIONES QUE HEMOS ELEGIDO.

Fecha y Firma de los pacientes. Fecha y Firma de los terapeutas.

Este documento ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética y de Investigación Clínica del Hospital Universitario 12 de Octubre

Hospital Universitario 12 de Octubre
Avenida de Córdoba s/n.
28041 Madrid
Teléf. 913908000

Servicio de Psiquiatría.
Edificio de Medicina Comunitaria.
Teléf. 913908022
Fax: 913908538

Anexo 14. Ejercicios de tensión y malestar.

Ejercicio	Tiempo de ejecución	Instrucción	Descripción
Eyes to Eyes	2'	Sentados frente a frente, cada uno de los participantes. Se van a mirar a los ojos, observando los pensamientos, ganas de reír de moverse. No se pueden mover durante el tiempo establecido, sólo pueden parpadear.	
Rídiculo	2'	Sentado en la silla, las rodillas juntas y alzadas. Los pies tienen que quedar a la altura del apoyo de la silla. La cabeza hacia atrás, con una mano apoyada en la frente y el otro brazo estirado apoyando un libro.	
Árbol	2'	Con la espalda recta, se doblan las rodillas bastantes centímetros con las manos separadas. Flexionando las piernas unos 80° grados. Mantener la postura durante el tiempo establecido.	
Arquero con libro	2'	Se pone el pie con la pierna derecha doblada de forma que la rodilla esté sobre el pie derecho. La pierna izquierda está recta y estirada hacia atrás. Levanta el brazo derecho, recto y paralelo al suelo, soportando el peso de un libro de más de un kilo. Mirada al frente con la cabeza recta.	

Anexo 15. Criterios de derivación a salud mental de la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.**CRITERIOS CLÍNICOS DE DERIVACIÓN A UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO- JUVENIL:****a) Criterios de derivación a Médico Especialista en Psiquiatría**

Al médico especialista en Psiquiatría se derivan aquellos casos de menores de 18 años en los que, además de otros tipos de intervenciones terapéuticas, se prevea la necesidad del uso concomitante de tratamiento farmacológico o en los que exista la necesidad de reevaluación del tratamiento farmacológico actual. Se orientará la derivación al médico especialista en Psiquiatría en los siguientes supuestos:

- Gravedad clínica (por ejemplo sintomatología psicótica, trastornos de la conducta alimentaria graves, etc...)
- Complejidad del tratamiento.
- Riesgo de suicidio o intento autolítico reciente.
- Indicación de hospitalización psiquiátrica
- Complejidad del diagnóstico diferencial.

b) Criterios de derivación a Psicólogo Especialista en Psicología Clínica

- Tratamiento combinado médico-psicológico, asumiendo el Médico de Atención Primaria el diagnóstico diferencial médico y el tratamiento farmacológico del paciente
- Intervención psicológica en trastornos con repercusión sintomatológica importante en los que no se anticipa la indicación de medicación y que superan la capacidad de resolución en el nivel de atención primaria

c) Criterios de NO DERIVACIÓN a Salud Mental:

- 1) Trastornos del aprendizaje (por ejemplo, dislexia...) y bajo rendimiento escolar. **SE DEBE DERIVAR A:** Equipos Psicopedagógicos (EOEP, EAT si menor de 6 años)
- 2) Disfunciones familiares leves. **SE DEBE DERIVAR A:** Servicios Sociales de apoyo a la familia (CAF, Ayuntamiento)
- 3) Trastornos del lenguaje. **SE DEBE DERIVAR A:** Equipos Psicopedagógicos (EOEP, EAT si menor de 6 años), **una vez descartado el Trastorno Mental Grave.**
- 4) Valoración del nivel intelectual. **SE DEBE DERIVAR A:** Equipos Psicopedagógicos (EOEP, EAT si menor de 6 años, Centros Base)
- 5) **Adicciones:** se deben derivar a la Red de Atención a Drogodependencias (CAID y CAD)

Anexo 16. Puntuaciones en las diferentes variables en grupo Aceptación.

Particip	Pre							Post							3-6 Meses
	A. Rasgo	A.Estado	Dígitos	Rendimiento	AFQ-Y	A. Afectadas	Malestar Familiar	A. Rasgo	A.Estado	Dígitos	AFQ-Y	A. Afectadas	Malestar	Rendimiento	
S.1	47	40		0,29	45	3	8	36	31	20	26	1	5	0,29	
S.2					34	4	10	27	23		26	2	6		
S.3	26	25	12		33	6	7	26	40	22	27	1	4		
S.4	48	40	18		27	4	9	37	47	21	12	0	2	2,14	
S.5	47	45	17	0,43	29	4	9	38	39	19	20	0	2	1,29	
S.6	41	31		0,4	17	4	8	22	18	17	19	1	4	1	
S.7	34	39	15	0	24	3	9	42	40	21	37	3	7	0,29	
S.8	38	32	17	0,71	25	2	9	36	26	19	20	1	5	1,43	
S.9	31	40	28	1,71	23	2	10	28	34	30	19	0	5	1,86	
S.10	32	30	18	1,43	21	2	8	30	31	17	19	1	6	1,43	
S.11	23	31	16	0,29	16	2	9	27	38	19	14	1	9	0,29	
S.12	29	24	14	0	11	2	9	30	30	19	9	1	9	0,29	
S.13	40	35	7	0,28	50	3	9	36	45	14	26	1	6		
S.14	46	40	17	0,57	32	3	10	31	32	19	22	2	7		
S.15	35	28	14	0,42	32	3	9	28	15	18	38	1	6		
S.16	41	47		0,42	21	4	10	32	21		28	1	3	0,65	
S.17	37	35	18		39	2	8	32	21	15	28	0			
S.18	38	25	21	0,28	32	2	8	36	31	19	17	2	8	0,36	
S.19	-----	-----	14	0,28	27	2				15	13	1		0,42	

Anexo 17. Puntuaciones en las diferentes variables en grupo LE

Particip	Pre							Post							3-6 Meses
	A. Rasgo	A.Estado	Dígitos	Rendimiento	AFQ-Y	A. Afectadas	Malestar Familiar	A. Rasgo	A.Estado	Dígitos	AFQ-Y	A. Afectadas	Malestar	Rendimiento	
S. 20 (13)	38	41	12	0,29	50	3		40	35	5	50	3		0,29	
S. 21 (14)	48	49	15	0,43	39	3		46	40	17	32	3		0,57	
S. 22	57	56	14	0,29	33	4	9	57	56		33	3	8	0,00	
S. 23	57	56	16	0,14	33	4	9	28	40	18	30	4	8	0,00	
S. 24	29	31	10	0,14	25	3	7	25	30	15	25	3	7	0,29	
S. 25	-----	-----	14	0,14	24	3	8	35	35	15	31	3	6	0,14	
S. 26 (15)	34	30	14	0,43	29	3		35	28	14	32	3		0,43	
S. 27	43	46	17	0	28	4	9	42	40	17	30	2	9	0,43	
S. 28 (16)	41	47	-----	0	21	3		47	42		30	3		0,43	
S. 29 (17)	37	36	16		39	1	7	37	35	18	39	3	8		
S. 30	31	33	30	0,86	38	2	8	32	35	30	38	2	7	0,86	
S. 31	26	46	15		35	3		46	49	16	35	2			
S. 32 (18)	38	25	20	0,14	35	2	7	38	25	21	32	3		0,29	
S. 33	33	33	20	0	34	2		32	34	19	40	2		0,00	
S. 34 (19)	-----	-----	15	0	18	2				14	27	2		0,29	

Anexo 18. Puntuaciones en grupo Aceptación en seguimientos en variables principales.

	Variables Principales							
	Pre		Post		Mes		3 Meses	
	A. Rasgo	A.Estado	A. Rasgo	A.Estado	A. Rasgo	A.Estado	A. Rasgo	A.Estado
S.1	47	40	36	31	25	29	23	25
S.2			27	23	23	46	24	20
S.3	26	25	26	40				
S.4	48	40	37	47	33	26	28	23
S.5	47	45	38	39	37	35	29	24
S.6	41	31	22	18	41	27	25	28
S.7	34	39	42	40				
S.8	38	32	36	26	42	38		
S.9	31	40	28	34	27	32		
S.10	32	30	30	31	41	25		
S.11	23	31	27	38	24	36	20	35
S.12	29	24	30	30	25	20	20	30
S.13	40	35	36	45	30	44		
S.14	46	40	31	32	46	43		
S.15	35	28	28	15	33	38	37	27
S.16	41	47	32	21	25	15	24	20
S.17	37	35	32	21	42	43		
S.18	38	25	36	31	36	31	23	22
S.19					35	30	23	19

Anexo 19. Puntuaciones en grupo Aceptación en seguimientos en variables adicionales.

	Inflexibilidad				Mando en Malestar			Verbalizaciones Control					Verbalizaciones valores					Disruptivas				
	Pre	Post	Mes	3 Meses	1° S. G	4° S. G	Mes S. G	1° S. G	2° S. G	3° S. G	4° S. G	Mes S. G	1° S. G	2° S. G	3° S. G	4° S. G	Mes S. G	1° S. G	2° S. G	3° S. G	4° S. G	Mes S. G
S.1	47	26	18	15	2	5		6	5	6	5	4	4	4	6	7	7	2	0	0	0	0
S.2	34	26	28	29	4	5	10	6	6	6	5	4	4	6	7	7	6	8	6	1	4	0
S.3	33	27			0	1		7	7	6	7		4	6	7	7		5	2	0	3	
S.4	27	12	11	5	6	7	7	7	6	5	4	4	5	6	6	8	8	0	3	0	0	0
S.5	29	20	16	18	5	4	8	7	6	4	4	4	3	4	5	7	6	0	0	0	0	0
S.6	17	19	21	8	5	5	8	8	5	5	5	4	5	5	9	8	7	0	1	0	2	0
S.7	24	37			2	3		7	6	5	6		4	6	6	6		2	0	1	0	
S.8	25	20	33		7	7		7	4	7	3		6	5	7	6		0	0	0	0	
S.9	23	19	15		8	7		8	5	7	4		7	5	8	6		0	0	0	0	
S.10	21	19	25		4	5		8	6	7	8		2	5	5	7		0	0	0	0	
S.11	16	14	12	16	3	6	7	6	5	4	4	4	2	6	6	5	5	5	3	0	0	0
S.12	11	9	9	12	2	3	8	5	7	6		6	4	6	7		7	4	3	0		0
S.13	50	26	37		3	8		6	7	7	6	5	3	6	7	5	4	0	0	0	0	0
S.14	32	22	33		4	5		6	7	8	8	8	4	5	5	4	7	5	4	3	2	1
S.15	32	38	32	38	5	1	7	5	5	5		3	5	6	6	6	7	4	4	0	0	0
S.16	21	28	14	7	0	7	9	6	7	5	4	5	1	3	3	4	3	0	0	0	0	0
S.17	39	28	35		1	6		3	3	4	5	5	3	4	4	5	4	0	0	1	0	0
S.18	32	17	17	11	9	9,5	7	4	5	6	5	6	4	4	6	5	6	4	4	3	0	0
S.19	27	13	14	11	6	6	8	4	5	5	5	3	5	5	5	4	5	0	0	0	0	0

Anexo 20. Análisis estadísticos de comparaciones de medias entre-grupos.

Variables Principales				
	PRE	POST	t	
ANSIEDAD RASGO	M(DT)	M (DT)		
Aceptación	37,32 (7,49)	31,88 (5,15)	$t_{16}=3,05$ $p=0,00$	
LE	39,38 (9,77)	38,57 (8,52)	$t_{12}=0,18$ $p=0,85$	
ANSIEDAD ESTADO				
Aceptación	34,52 (7,03)	31,22 (9,23)	$t_{16}=1,09$ $p=0,29$	
LE	37,43(7,81)	37,42 (8,10)	$t_{12}=2,11$ $p=0,056$	
DIGITOS				
ACT	16,4 (4,56)	19,05 (3,57)	$t_{14}=-3,13$ $p=0,00$	
LE	16,28(4,76)	16,84 (5,49)	$t_{12}=-0,50$ $p=0,61$	
RENDIMIENTO ACADÉMICO INFORMADO			3-6 Meses	
Aceptación	0,50 (0,47)		0,90 (0,66)	$t_{11}=-3,30$ $p=0,00$
LE	0,22 (0,24)		0,30 (0,24)	$t_{12}=-1,52$ $p=0,15$
Variables Adicionales				
INFLEXIBILIDAD				
Aceptación	28,31 (9,73)	22,10 (7,81)	$t_{18}=2,90$ $p=0,00$	
LE	32,06 (8,18)	33,60 (6,16)	$t_{14}=-1,30$ $p=0,21$	
AREAS AFECTADAS				
Aceptación	3,00 (1,10)	1,05 (0,77)	$t_{18}=6,27$ $p=0,00$	
LE	2,80 (0,86)	2,73 (0,59)	$t_{14}=0,29$ $p=0,77$	
MALESTAR FAMILIAR				
Aceptación	8,83 (0,85)	5,52 (2,12)	$t_{16}=6,11$ $p=0,00$	
LE	8,00 (0,92)	7,57 (0,97)	$t_6=1,54$ $p=0,17$	

Anexo 21. Análisis estadísticos de comparaciones de medias intragrupos.

		ACT	LE	
		M(DT)	M (DT)	t
PRE	ANSIEDAD RASGO	37,32 (7,49)	39,38 (9,77)	$t_{28}=-0,68$ $p=0,55$
	ANSIEDAD ESTADO	34,52 (7,03)	37,43(7,81)	$t_{28}=-1,96$ $p=0,05$
	DIGITOS	16,4 (4,56)	16,28(4,76)	$t_{27}=0,06$ $p=0,94$
	RENDIMIENTO ACADÉMICO INFORMADO	0,50 (0,47)	0,22 (0,24)	$t_{26}=1,92$ $p=0,06$
	INFLEXIBILIDAD	28,31 (9,73)	32,06 (8,18)	$t_{32}=-1,19$ $p=0,24$
	AREAS FUNCIONALES	3,00 (1,10)	2,80 (0,86)	$t_{32}=0,57$ $p=0,56$
	MALESTAR FAMILIAR	8,83 (0,85)	8,00 (0,92)	$t_{24}=2,23$ $p=0,03$
POST	ANSIEDAD RASGO	31,88 (5,15)	38,57 (8,52)	$t_{30}=-2,74$ $p=0,01$
	ANSIEDAD ESTADO	31,22 (9,23)	37,42 (8,10)	$t_{30}=-1,98$ $p=0,056$
	DIGITOS	19,05 (3,57)	16,84 (5,49)	$t_{28}=1,33$ $p=0,19$
	RENDIMIENTO ACADÉMICO INFORMADO*	0,90 (0,66)	0,30 (0,24)	$t_{24}=3,03$ $p=0,00$
	INFLEXIBILIDAD	22,10 (7,81)	33,60 (6,16)	$t_{32}=-4,66$ $p=0,005$
	AREAS FUNCIONALES	1,05 (0,77)	2,73 (0,59)	$t_{32}=-6,90$ $p=0,00$
	MALESTAR FAMILIAR	5,52 (2,12)	7,57 (0,97)	$t_{22}=-2,41$ $p=0,02$

* La puntuación post en rendimiento académico hace referencia a la evaluación llevada a cabo entre los 3 y 6 meses de finalizar la intervención

Anexo 22. Análisis estadísticos de los seguimientos en el grupo de Aceptación en variables principales y adicionales.

	Pre	Post	Mes	3 meses		F *	η^2	β
	M(DT)	M (DT)	M(DT)	M(DT)				
ANSIEDAD RASGO (n=6)	39,16 (10,66)	31,66 (6,40)	30,88 (7,22)	24,16 (3,86)		$F_{1,97;15}=7,24$ p=0,012	0,59	0,83
	Lineal					$F_{1,5}=18,45$ p=0,00	0,78	0,92
ANSIEDAD ESTADO (n=6)	35,16 (7,78)	33,83 (9,20)	28,83 (5,98)	27,50 (4,50)		$F_{3,15}=1,83$ p=0,18	0,26	0,38
INFLEXIBILIDAD (n=7)	25,57 (11,83)	18,00 (6,65)	16,42 (6,60)	14,71 (7,82)		$F_{3,18}=5,00$ p=0,01	0,45	0,84
	Lineal					$F_{1,6}=6,030$ p=0,045	0,5	0,54
	1ª Sesión grupal	4ª Sesión grupal	Sesión mensual de seguimiento			F	η^2	β
	M (DT)	M(DT)	M(DT)					
MANDO EN MALESTAR (n=6)	4,16 (1,47)	5,00 (1,41)	7,91 (0,91)			$F_{2,10}=15,20$ p=0,00	0,75	0,99
	1ª S.G	2ª S.G	3ª S.G	4ª S.G	Mes S.G			
	M(DT)	M(DT)	M(DT)	M(DT)	M(DT)	F	η^2	β
	1º S. G	2º S. G	3º S. G	4º S. G	Mes S. G			
V. CONTROL (n=6)	6,50 (0,63)	5,33 (0,60)	4,91 (0,91)	4,25 (0,68)	3,83 (0,25)	$F_{4,20}=16,10$ p=0,00	0,76	1
					Lineal	$F_{1,5}=73,92$ p=0,00	0,93	1
V.VALORES (n=6)	3,41 (1,02)	4,91 (0,73)	6,33 (1,32)	6,75 (1,03)	6,33 (1,08)	$F_{4,20}=19,39$ p=0,00	0,79	1
	Lineal					$F_{1,5}=96,18$ p=0,00	0,95	1

DISRUPTIVAS (n=6)	2,50 (3,33)	2,16 (2,31)	0,16 (0,40)	1,00 (1,67)	0,00 (0,00)	$F_{1,71;20}=18,08$ p= 0,097	0,38	0,72
					Lineal	$F_{1,5}=3,92$ p=0,10	0,44	0,36